



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

"Botemedlet för den utbrända hjärnan är
endast att söka vid lifvets källor, dit
det gäller att gå tillbaka."

AUGUST STRINDBERG
UR TRYCKT OCH OTRYCKT.
(Perski, Aleksander, 2006, *Ur balans*)

Utmattningssyndrom – ett kvinnligt
inifrånperspektiv

Socionomprogrammet
C-uppsats

Författare: Ferdous Ahmed Atta
Annabell Bomholt
Jenny Eriksson

Handledare: Annica Johansson

ABSTRACT

Titel: "Botemedlet för den utbrända hjärnan är endast att söka vid livets källor, dit det gäller att gå tillbaka." Utmattningsyndrom – ett kvinnligt inifrånperspektiv

Författarna: Ferdous Ahmed Atta, Annabell Bomholt och Jenny Eriksson

Nyckelord: Utmattningsyndrom, Stress, Kvinnor, Rehabilitering

Institution: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet

Syfte:

Vårt syfte är att undersöka kvinnors upplevelser av psykisk ohälsa i form av utmattningsyndrom/depression och vad de anser är viktigt när det gäller återhämtningsprocesser och rehabilitering.

Frågeställningar:

Vilka subjektiva upplevelser har kvinnorna av utmattningsyndrom/depression? Vilken rehabilitering har respondenterna fått, vilka behov har eller har de haft samt har dessa blivit tillgodosedda? Vilka faktorer och processer kan respondenterna i efterhand se har bidragit till deras utmattningsstillstånd? Kan det finnas andra faktorer såsom yrke eller i nätverket runtomkring såsom familj, släkt och vänner som kan spela in?

Metod:

Vi har använt oss av en kvalitativ metod för vår undersökning, där vi intervjuat tio kvinnor med utmattningsyndrom. Med hjälp av ett hermeneutiskt synsätt har vi tolkat och analyserat vårt empiriska material. Vår uppsats utgår från en abduktiv ansats, där våra resultat bygger på empiri samt teorier och begrepp som har växt fram under studiens gång.

Huvudresultat:

Sedan 1990-talet har vårt samhälle genomgått stora förändringar, där organisationer slimmats och nedskärningar varit påtagliga inslag. Resultatet av det har varit att speciellt kvinnor har varit långtidssjukskrivna, då de har drabbats av ohälsa i form av utmattningsyndrom. Vår studie visar på att det inte enbart är arbetsrelaterat, utan har ett multifaktoriellt orsakssamband. Vi har funnit att respondenterna har fått bristfällig information, som föranlett än mer frustration i deras svåra situation. Det har visat sig genom studier att individer som får behandling i ett tidigare skede, har visat en bättre symptombild och kommit ut i arbete tidigare än de som varit passivt sjukskrivna. Även hos våra respondenter har vi funnit att de har uppgett att de har blivit hjälpta genom de åtgärder som satts in. Genomgående har respondenterna uttryckt en önskan om att rehabiliteringsinsatserna skulle ha satts in i ett tidigare skede. Vi har sett att det funnits ett behov av stödinsatser i deras vardag, då de periodvis har haft svårigheter att sköta de vardagliga sysslorna.

FÖRORD

Vi är tre studenter som läser sjunde terminen på den fältförlagda socionomutbildningen, i stadsdelen Lärjedalen - Kommuniversitetet. Vår C-uppsats är resultatet av ett examensarbete.

Denna studie belyser kvinnors tillstånd då de har drabbats av utmattningssyndrom. Studien utfördes vid Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete. Studien är kvalitativ och skildrar tio kvinnors upplevelser av sjukdomsförloppet.

TACK...

vill vi framföra till vår handledare Annica Johansson, som givit oss av sin värdefulla tid och gjort oss uppmärksamma på otydligheter i materialet. Till våra alltid lika engagerade och stöttande lärare Lasse Fryk och Bosse Forsén, trots era bråda dagar har ni ändå tagit er tid för att läsa vårt material och lämnat oss värdefull kritik. Ni ska veta att vi värdesätter detta. Bengt Carlsson, tack för ditt engagemang och inspirerande sätt att möta oss elever på.

Vi vill även tacka våra familjer och vänner, som har haft förståelse och tålamod under denna tid då vi inte alltid har varit närvarande. Utan er stöttning skulle tiden ha känts tung.

Tack till experterna som med sin mångåriga kunskap av handläggning och behandling av individer med denna sjukdom hjälpt oss med att kasta ljus på detta fenomen.

Sist men inte minst vill vi framföra ett särskilt tack till respondenterna, som deltagit i vår studie. Vore det inte för att ni ställt upp på intervju och delat med er av de värdefulla erfarenheter ni besitter, skulle denna studie inte vara möjlig.

*Ferdous Ahmed Atta, Annabell Bomholt och Jenny Eriksson
Göteborg, vårterminen 2007*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRACT

FÖRORD

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING	1
1.1 Bakgrund och förförståelse.....	1
2 SYFTE	2
2.1 Våra frågeställningar	2
2.2 Avgränsning	3
2.3 Etiska överväganden.....	3
3 TIDIGARE FORSKNING OCH SAKKUNNIGAS INBLICK	5
3.1 Forskning inom området.....	5
3.2 Intervju med handläggare på Försäkringskassan.....	10
3.3 Intervju med projektansvariga inom ett EU-projekt.....	12
4 METOD	14
4.1 Val av datainsamlingsmetod och tillvägagångssätt	14
4.2 Urval	15
4.3 Intervju	16
4.4 Metodologiska reflektioner.....	18
4.5 Validitet och reliabilitet	19
5 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	20
5.1 Kristeori – Copingsstrategier.....	21
5.2 Coping	22
5.3 Kognitiv terapi i teori	25
5.4 Begreppsförklaring	28
6 RESULTAT OCH ANALYS	29
6.1 Redovisning av intervjuer.....	29
6.2 Utbildning och arbete	29
6.3 Upplevelsen av utmattningssyndrom/depression	34
6.4 Coping	37
6.5 Rehabilitering	41
6.6 Relationer till familj, släkt och vänner	44
7 DISKUSSION	49
KÄLLFÖRTECKNING	52
Bilaga 1 Brev med förfrågan om respondenter till C-uppsats	55
Bilaga 2 Intervjuguide för handläggare på Försäkringskassan.....	56
Bilaga 3 Intervjuguide för projektansvariga inom ett EU-projekt.....	58
Bilaga 4 Intervjuguide för respondenter.....	60
Bilaga 5 Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom (F43.8A).....	63

1 INLEDNING

1.1 Bakgrund och förståelse

Vårt val av vad vi skulle skriva om i C-uppsatsen uppstod genom tankar som vi fått från tidigare kurser som behandlat genusfrågor och då speciellt kvinnor med psykisk ohälsa. Ytterligare en faktor är att vi på våra praktikplatser mötte kvinnor i utsatta situationer där de var marginaliserade och i behov av samhällets hjälp inom olika områden. Då utmattning är ett vanligt förekommande fenomen anser vi att problematiken kring kvinnor med utmattningssyndrom behöver belysas ytterligare därför har vi valt att skriva om detta problem. Vårt mål med C-uppsatsen är att bidra till den kunskapsmassa som redan finns i dag, samt få en utökad kunskap som blivande professionella om kvinnor med utmattningssyndrom. Vår förhoppning är att även andra utomstående skall få ta del av vår uppsats. Vi hoppas på att få en större förståelse för denna folkhälsosjukdom som råder i dagens samhälle. För att undersöka fenomenet utmattningssyndrom har vi valt att läsa in oss på ämnet och göra kvalitativa djupintervjuer, där fokus ligger på kvinnornas egna subjektiva upplevelser och erfarenheter. Vi ser deras upplevelser som navet i vår uppsats. Genom litteraturgenomgången har de teoretiska perspektiven fördjupat vår kunskap och insikt om utmattningssyndrom. Intervjuer med sakkunniga inom området har givit oss ytterligare inblick gällande våra respondenters återhämtning och rehabilitering. Intervjuerna har även bidragit till att belysa den professionelles roll som behandlare och utredare, därutöver har det gett oss en objektiv bild som är mindre känslomässigt förankrad.

Under 1990-talet ökade antalet sjukskrivna kvinnor och de angav utbrändhet som orsak. Detta var ett relativt nytt begrepp och det pågick en debatt i media kring utbrändheten i sig. Vissa menade att det var ett mode- eller kultursyndrom, medan andra hävdade att det var verkligt. Numera benämns utbrändhet som utmattningssyndrom eller utmattningsdepression. Kostnaderna för sjukskrivningar är höga och belastar landets ekonomi, då kvinnorna som drabbas av utmattningssyndrom många gånger blir sjukskrivna långa perioder. I vissa fall är det svårt att komma ut i arbetslivet igen och i andra fall leder det till förtidspension¹.

¹ Björkman, J (2002)

Dödligheten sjönk under 1990-talet samtidigt som ohälsan ökade. Nedskärningar gjordes i den offentliga sektorn med lägre personaltäthet som följd och sjukvården gjorde även nedskärningar som ledde till längre vårdköer. Dessutom infördes det ändringar till det sämre i både sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen. På arbetsmarknaden och framför allt i de kvinnodominerande yrkena har det blivit en ökning av stress, krav och antal arbetsuppgifter. När män blivit sjuka har de sjukskrivit sig, medan kvinnor i högre utsträckning gått ned i arbetstid².

Enligt oss tycks samhället och arbetslivet fortfarande präglas av stress, krav och ett utökat ansvar. Ohälsan ökar hos den svenska befolkningen och tenderar att gå nedåt i åldrarna. Det drabbar inte bara landets ekonomi utan vi anser att det också är en form av slöseri med resurser, då många av dessa kvinnor är i arbetsför ålder. Utmattningsyndrom och utmattningsdepression är idag ett vanligt fenomen hos den arbetande befolkningen. Det tycks ha blivit en folksjukdom som är här för att stanna.

2 SYFTE

Vårt syfte är att undersöka kvinnors upplevelser av psykisk ohälsa i form av utmattningsyndrom/depression och vad de anser är viktigt när det gäller återhämtningsprocesser och rehabilitering. Vi vill se ifall eventuella mönster och samband kan urskiljas i respondenternas utsagor huruvida. Dessutom har vi som syfte att få en djupare insikt av utmattningsyndromet/depressionen i sig, därav våra intervjuer med professionella.

2.1 Frågeställningar:

- Vilka subjektiva upplevelser har kvinnorna av utmattningsyndrom/depression?
- Vilken rehabilitering har respondenterna fått, vilka behov har eller har de haft samt har dessa blivit tillgodosedda?
- Vilka faktorer och processer kan respondenterna i efterhand se har bidragit till deras utmattningsstillstånd, såsom yrke och nätverk?

² SOU 2001:79

2.2 Avgränsning

Vår studie är deskriptiv och förklarande, vi vill belysa fenomenet utmattningssyndrom för att få en djupare förståelse av problematiken. Urvalet av respondenter i vår undersökning består av intervjuer med 10 kvinnor och innefattar kvinnornas upplevelser av utmattningssyndrom. Respondenterna har varit 10 till antalet och detta beror på att det varit svårigheter att nå denna specifika grupp. Kvinnorna vi har valt att inkludera är i åldrarna 30-55 år och vi har exkluderat kvinnor yngre än 30 år. Det är således endast kvinnor i den ovannämnda ålderskategorins perspektiv och upplevelser som belyses. Vår motivering till exklusionen är att vi önskat intervjua kvinnor som varit yrkesverksamma ett antal år innan de har insjuknat. Det har fallit sig så att alla respondenter, förutom en, är bosatt i Västra Götalands region. Den som inte tillhörde den regionen är bosatt i mellersta Sverige.

I vår studie har vi inkluderat kvinnor från skilda yrkeskategorier. Intervjuerna som vi har genomfört med sakkunniga är enbart till för att komplettera bilden som våra respondenter förmedlat till oss. Vi har valt att endast nämna handläggningsrutiner på Försäkringskassan, någon fördjupning sker dock inte på grund av tidsbrist och förändrad inriktning under arbetets gång. Intervjun med projektledarna använder vi för att förstå de processer som styr återhämtningen och förebyggandet av återfall. Det kommer sålunda inte ske någon redovisning av projektet eller verksamheten i sig, utan vi har valt att fokusera kring det som är relevant för våra frågeställningar.

2.3 Etiska överväganden

I det inledande mötet vid varje intervjutillfälle var vi noga med att informera respondenterna om att medverkan är frivillig. Vi har ansett att det har varit viktigt att informera om samtycke och vad det är de har samtyckt till. Detta inkluderar även citat vi tänker använda oss av i denna uppsats, vad den kommer att användas till och vilka som kommer att ta del av den. Vi har informerat om att de har en möjlighet att dra sig ur undersökningen när helst de vill utan att behöva förklara sig. Vi informerade även respondenterna om studiens syfte, tillvägagångssätt och rutinerna för konfidentialiteten

som gäller vid undersökningen dvs. att deras personliga data inte kommer att redovisas i den färdiga uppsatsen³.

Kvale (1997) beskriver olika sätt för att skydda respondenternas identitet, som deltar i forskning. I vår studie har vi valt att avkoda respondenterna under textbearbetningen, de har blivit tilldelade en bokstav. Vidare har vi under själva resultatavsnittet och i analysen gett våra intervjupersoner bokstäverna A-J för att skydda deras anonymitet. Den information vi har fått ta del av från respondenterna har vi försökt presentera utan att göra intrång eller förändra innehållet i det förmedlade⁴.

Svårigheten när det gäller den kvalitativa undersökningsstrategin med intervjuerna är ”vad som är möjligt att ta reda på”? Då ämnet är av känslig natur är vi övertygade om att viss information eventuellt inte har givits av respondenterna på grund av att det kan ha varit för svårt eller för känsloladdat att gå in på eller dela med sig av. Vi har som undersökare ett ansvar för vår studie. Det är följaktligen oerhört viktigt att tänka på de konsekvenser som kan förorsakas av vår intervjusituation. Den etiska principen om *fördelaktighet* innebär att risken att en undersökningssperson lider skada ska vara så liten som möjligt. Undersökaren måste överväga de eventuella fördelarna för en respondent och betydelsen av att den kunskap som förvärfvas ska uppväga skaderisken för respondenten och därmed rättfärdiga ett beslut att genomföra undersökningen⁵.

I mars 1990 antogs *Forskningsetiska principer* av Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet. Principerna fungerar som vägvisare och syftar till att ge underlag för forskarens egna reflektioner och insikter i sitt ansvarstagande. Det föreligger fyra allmänna huvudkrav när det gäller individskyddskravet på forskning: *informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet* samt *nyttjandekravet*⁶. Vår utgångspunkt i studien är dessa fyra forskningsetiska principer.

Vi tror att det är väldigt viktigt att olika etiska överväganden hålls vid liv och aktualiseras under hela forskningsprocessen och inte enbart vid något särskilt stadium. De etiska frågorna kan väckas under forskningsstudiens sju stadier: *tematisering, planering, intervjusituation, utskrift, analys, verifiering och rapportering*. Vi har tänkt på att uppsatsen eventuellt kommer att läsas av andra som innehar denna diagnos och

³ Larsson, Lilja och Mannheimer (2005)

⁴ Kvale (1997)

⁵ a.a.

⁶ Forskningsetiska principer (1990)

därav måste vi tänka på den bild som vi förmedlar av sjukdomstillståndet. När vi bearbetar och tolkar materialet har vi tänkt på att de resultat som vi kommer fram till, kan förändra informantens syn på sig själv och hur denne uppfattar världen⁷.

Att bedriva forskning med ett moraliskt och gott beteende är mer än en etisk kunskap, det omfattar också undersökarens person, hans/hennes känslighet och engagemang för moraliska frågor och handlingar. Vi som ansvariga för studien måste även ha den särskilda egenskapen av känslighet och ansvar där vi känner oss förpliktigade att handla på ett lämpligt sätt. Vi är införstådda med att den personliga närheten som uppstår i en intervjusituation ställer stora krav på oss som författare och vår känslighet när det gäller hur långt vi ska gå i våra frågor. Det är således viktigt att avgränsa sig till att tala om de frågor man ställer och inte gå in på andra privata områden. Trots det kan frågorna man ställer till den enskilda åsamka skada, det är då viktigt att ta ansvar för konsekvenserna⁸.

3 TIDIGARE FORSKNING OCH SAKKUNNIGAS INBLICK

Vi har sökt olika källor som tar upp forskning kring utmattningssyndrom/depression. Därefter har vi valt ut de som är relevanta för vår studie och försökt få med så omfattande forskning som det varit möjlig. Utöver litteratur och artiklar har vi intervjuat professionella och sakkunniga inom psykisk ohälsa och utmattningssyndrom. Vår förhoppning är att de sakkunniga, skall komplettera den tidigare forskning, som ligger till grund för studien. Vi vill även med deras hjälp belysa den dagsaktuella situationen för den enskilde och mer generellt vad gäller sjukdomsförlopp, återhämtning och rehabilitering.

3.1 Forskning inom området

”Utbränd och emotionellt utmärglad” (2003) är en studie om arbetsliv och sjukskrivning, skriven av Eriksson, Starrin och Janson. Till grund för studien ligger 32 intervjuer med personer som är sjukskrivna för utmattningsdepression. Författarna har gett sig ut på fältet för att söka svar på hur det kommer sig att människor far så psykiskt

⁷ Kvale (1997)

⁸ Kvale (1997)

illa på jobbet att de till slut kollapsar. De beskriver vad som händer på arbetsplatser där situationen till sist blir så påfrestande att den leder till långtidssjukskrivning på grund av utbrändhet eller arbetsrelaterad stress. Författarna kunde ur de intervjuades berättelser skönja genomgående orsaker som bidragit till deras utmattningsdepression och senare sjukskrivning. De fann att samtliga av informanternas arbetsplatser genomgått utmärkande förändringar och/eller neddragningar av personal. Detta har bidragit till att tidigare trygga arbetsgrupper har splittrats och individerna har befunnit sig i mer lösa grupper med ytliga kontakter. Många beskriver också hur relationerna, till såväl över- som underordnade, på arbetsplatsen kom att kännetecknas som spända, otrygga och konfliktfyllda. De olika förändringarna påverkade även förväntningarna på de anställda. Allt mer skulle utföras av allt färre på kortare tid och arbetet kom att ta allt mer plats i de enskildas liv. Kraven på att leva upp till nya förväntningar gav upphov till konkurrens samt ökad individualism. Många berättade också om arbetsuppgifter som inte anpassades till individen och minskade möjligheter att påverka. De arbetsrelaterade påfrestningarna som blev allt allvarligare bidrog till sjukskrivning som framstod som det enda möjliga alternativet trots känslor av misslyckande och otillräcklighet.

I studien talar författarna om en emotionell deprivationsprocess, dvs. det skeende som föregår själva sjukskrivningen. Denna process innebär att den enskilde "töms" på de emotioner som ger livgivande kraft vilket utmynnar i glädje, engagemang och medkänsla. Dessa gör det möjligt att arbeta mot långsiktiga mål. I studien beskrivs uttömningen i ljuset av vad som utspelas på arbetsplatsen i form av upprepade omorganisationer, nedskärningar, konfliktfyllda samt oförenliga och stegrade krav. Den livgivande kraften finner sin näring i trygga och säkra sociala relationer till andra människor och i en samhällsstruktur som främjar denna typ av sociala relationer. Risken för emotionell deprivation tilltar när ökade nedskärningar och omstruktureringar får en negativ effekt på de sociala banden mellan arbetskamrater⁹.

Forskningsartikeln *"Emotional Processes in Psychotherapy: Evidence Across Therapeutic Modalities"* (Whelton, 2004), tar upp känslor som en betydelsefull process i humanistiskt kognitiv beteendevetenskap och psykodynamisk psykoterapi. Traditionell kognitiv inriktning har tidigare visat mindre intresse för de emotionella processerna än andra terapimodeller, men har på senare tid fått intresse för vilken betydelse de har i terapisyfte. Enligt forskningsartikeln är de signifikanta känslouttryckarna av stor vikt för en terapeutisk förändring, vilket leder till att terapibehandlingen får en mer fördelaktig

⁹ Eriksson, Starrin och Janson (2003)

utgång. Kognitiv terapi har haft en tendens att se på emotioner som något problemorienterat och symtomrelaterat. Det har varit någonting som ska tåmjäs och som individen ska ha kontroll över. En del professionella terapeuter som arbetar inom den kognitiva terapin har haft invändningar mot den traditionella terapiformen och önskar en närmare koppling mellan kognitionen och emotioner. Den kognitiva terapin tenderar att vara mer inriktad mot instruktioner och mindre undersökande. Den riktar sig mot direkta processer och lär ut alternativa handlingsmönster. Några kognitiva teoretiker menar att emotioner är mer produkten än kognitionen. Emotionerna kan ibland ses som en källa som är betydelsefull och en sorts bearbetning av information än vad som ligger bakom. De som är inriktade på den kognitiva teorin tillmäter metakognitionen en mer central betydelse när det gäller deras syn på störningar och behandling. Metakognitionen hänvisar inte enbart till tron på tankar och tankeprocesser utan även på en rad inre processer, som inkluderar känslor. Teoretikerna Blackledge and Hayes beskriver att det första steget av acceptans och hängivelse av terapin är att tillåta och acceptera hellre än att vara rädd och undvika negativa känslor. Teasdale har funnit empiriskt stöd för en mindfulnessbaserad¹⁰ kognitiv terapi av depression, där den påvisar att den förhindrar depressiva återfall. Mindfulness beskrivs som en typ av medvetenhet av inre processer, som tillåter individen att få distans och perspektiv till dessa. Därtill hör även att acceptera smärtsamma och depressiva känslor som något normalt och övergående, hellre än att se det som en orsak till katastrof eller rädsla. Leahy har noterat att det finns två grundläggande handlingsstrategier. Det ena sättet är att införliva känslorna och sätta namn på dem, som gör att individen accepterar dem som normala. Medan det andra sättet är att individen ser känslorna som sjukliga. Detta gör i sin tur att individen försöker förtränga eller undvika känslorna vilket leder till skuld och individen försöker frenetiskt få kontroll, besatta tankar etc. Leahy drog slutsatsen att den komplexa kognitiva processen av känslor är viktiga för behandling av ångest och depression. De obalanserade känslorna och bidragande orsaker till psykologiska störningar har kommit att bli ett ämne av betydelse för den kognitiva behavioristiska terapin¹¹.

Aleksander Perski är docent i medicinsk psykologi och Giorgio Grossi är fil dr i psykologi vid Stiftelsen Stressmottagningen, Institutet för psykosocial medicin i Stockholm. De utförde en studie av långtidssjukskrivna med stressdiagnoser som beskrivs i artikeln: *Behandling av långtidssjukskrivna med stressdiagnoser. Resultat*

¹⁰ Mindfulness betyder medveten närvaro och kommer från den buddistiska Zen-traditionen och handlar om konsten att leva medvetet, att veta vad man gör när man gör det.

¹¹ Whelton (2004)

från en interventionsstudie (2004). Studien var den första i sitt slag och hade som syfte att kartlägga symtombilden hos de sjukskrivna och utvärdera ett sex månader långt behandlingsprogram. Det ingick 80 personer i studien, där 74 % av de medverkade var kvinnor och alla hade varit sjukskrivna i minst 90 dagar innan de startade behandlingsprogrammet.

De symtom som var gemensamma för majoriteten av de sjukskrivna var trötthet, sömnbesvär, kognitiva besvär, vegetativa besvär¹², huvudvärk och annan värk. Symtombilden var allvarlig och tydde på att det handlade om utmattning på grund av utebliven återhämtning. Behandling sattes in för hälften av gruppen under sex månader och då i form av kognitiv beteendeterapi under de första sex veckorna, därefter fick de sjukgymnastik i grupp med avslappningsövningar. Det utvecklades individuella åtgärdsprogram utifrån den enskildes behov, problem och önskemål. Dessa åtgärder kunde bestå av medicinsk behandling, kinesisk akupunktur, korttids kognitiv terapi, eller psykodynamisk psykoterapi och socioterapeutisk. Dessutom sattes en rehabiliteringsspecialist in med uppgift att stärka möjligheten att återgå till arbete.

Den grupp som genomgick behandling jämfördes sedan med den andra grupp, som inte hade fått behandling under samma period. Resultatet visade att gruppen som hade fått behandling visade signifikanta förändringar till det bättre när det gällde symtombilden och tillbakagång i arbete. Den andra gruppen fick därefter genomgå samma behandling med positiva resultat. Slutsatser som drogs av detta var att passiv sjukskrivning, eventuellt i kombination med antidepressiv medicinering inte är tillräcklig för denna typ av patienter. Det visade sig också att de som hade haft högre grad av utmattning behövde längre tid än sex månader på sig för att återgå till arbete. Studien visade att behandlingen inte behöver vara kostsam, ca 45 000 kr/patient, detta motsvarade 1,5 månader av heltidssjukskrivning. Sammanfattningsvis kan sägas att studien visade att en systematisk behandlings- och rehabiliteringshjälp bör sättas in under sjukskrivningen. Perski och Grossi anser att det är anmärkningsvärt att så inte är fallet idag, då stressrelaterade diagnoser utgör 60 % av alla arbetsrelaterade sjukdomar¹³.

I artikeln "*Om utbrändhetens epidemiologiska belägg*" av Marcello Ferrada-Noli (2001), professor i folkhälsovetenskap presenterar han sin tes om vad som orsakar det ökade antalet sjukskrivningar idag. Ferrada-Noli refererar till en studie genomförd av

¹² *autonoma nervsystemet*, den del av nervsystemet hos människa och djur som inte står under viljans inflytande och som reglerar organismens grundläggande livsprocesser, t.ex. blodcirkulation, andning, matsmältning, ämnesomsättning samt aktivitet i vissa körtlar. En annan beteckning är *vegetativa nervsystemet* (*Nationalencyklopedin*).

¹³ Perski och Grossi (2004)

RFV (Riksförsäkringsverket) för en tid sedan. Studien framför att ihop med de kända strukturella faktorerna har arbetskraften inom den offentliga sektorn blivit äldre och då observeras den s.k. kohortfaktorn som i studien företräds av den kraftiga ökningen av kvinnor sysselsatta inom offentlig sektor, företrädesvis landstingskommunal sektor, som ägde rum under 1970-talet.

Ferrada-Noli menar att missförhållanden i arbetssituationer påverkar den upplevda stressen negativt men att neddragningar skulle vara orsak till utbrändhet, menar han, är inte empiriskt fastslaget. Det är således inte endast arbetsrelaterad stress som medverkar till långtidsfrånvaron utan det har att göra med kvinnors och mäns skilda livssituationer. Människans normala åldrandeprocess kan ge bidrag till förhöjd känslighet för stress och större tendens att bli trött eller utmattad. Utöver detta förekommer individuella skillnader som varierar mellan människor och visar hur somliga har en benägenhet för dessa krämpor. Han menar att icke arbetsrelaterade faktorer ingår i den totala upplevelsen av stress och inbegriper andra sociala villkor för många av dem som drabbats som låg utbildning, bostadsproblem, brist på pengar eller existentiella brister. De existentiella bristerna menar han ökar benägenheten att uppleva olika förhållandena i arbetslivet som än mer påfrestande. Han skriver att i dessa "andra sociala villkor" innefattas inte endast relationsproblem m.m. utan menar att människan är sina omständigheter, inte enbart sina episoder.

Christina Maslachs teser är centrala i teorin kring utbrändhetsdiagnos. Hennes huvudhypotes är att alltför höga krav i arbetet genererar känslomässig utmattning, vilket leder till cynism, dvs. minskande empati i förhållande till sin patient/klient eller mot hela arbetsprocessen. Hon menar vidare att detta därefter skulle leda till försämrad självkänsla. Ferrada-Noli menar dock att denna modell inte är vetenskaplig, logisk eller etiskt försvarbar.

Ferrada-Noli framhåller att då det idag råder en stridigheter när det gäller utbrändhetens karakterisering signalerar det om en varsamhet särskilt bland kliniskt verksamma, då utbrändhet antyder mindre lyckad anpassning till det vardagliga stressade livet. Han för en diskussion om begreppet utbrändhet och menar att det inte handlar om benämningar utan om att det är en fråga om olika karakterisering av sjukdomsföreteelse. Att korrekt kunna skildra vilka symtom det handlar om, vilken patogenes som är innefattad vid insjuknandet anser han är nödvändigt om svenska forskare skall kunna hitta ett botemedel eller en rehabiliteringsåtgärd vid utbrändhet¹⁴.

¹⁴ Ferrada-Noli (2001)

Stressforskaren Aleksander Perski (2006) har skrivit boken *”Ur balans”*, som beskriver symptom, sammanbrott, hur man återfår kraften och kan skydda sig i ett alltmer hektiskt samhälle. Perski beskriver vad han funnit i undersökningar av sina egna patienter, vilka skiljer sig till karaktären från andra patienter. Han fann en enda genomgående skillnad och det visade sig vara tendenser till perfektionism samt engagemang hos dem som låg i riskzonen för utmattningssyndrom. Perski nämner även en kvinnofälla, ”duktig flicka” - syndromet, vilket startar redan i yngre tonåren. Deras självkänsla tycks bygga på prestationer i större utsträckning än egenvärde¹⁵.

Jenner och Svenssons (red) (2003) bok *”Perspektiv på utbrändhet – om orsaker och motkrafter”*, är uppdelad i två delar och tar upp vägar in och ur gällande utbrändhet. I bokens första del beskriver olika författare sin syn på utbrändhet och de ökade sjukskrivningarna. I den andra delen behandlas vad vi har för kunskaper kring rehabilitering idag samt vilka krav som måste ställas för att få en mer human arbetsmiljö. De behandlar utbrändhet utifrån olika perspektiv såsom medicinskt, psykologiskt, pedagogiskt, socialpsykologiskt, sociologiskt och organisationsteoretiskt – men också ur idéhistoriskt och existentiellt perspektiv¹⁶.

3.2 Intervju med handläggare på Försäkringskassan

Handläggaren har arbetat på Försäkringskassan i sex år och handlagt ärenden med ohälsa som orsak under hela sin tjänsteperiod. Hon är utbildad inom humaniora och har vidareutbildat sig inom beteendevetenskap och förvaltning efter hon börjat arbeta. För närvarande har hon drygt 80 ärenden och bland dem är kvinnor överrepresenterade. Hon har lagt märke till att under de senaste åren har sjukskrivningar med ohälsa som orsak gått nedåt i åldrarna. Hon har även märkt att det finns skillnader i mäns och kvinnors förhållningssätt, männen tenderar att tänka mer på karriären, medan kvinnorna är måna om att vara duktiga och vara till lags. Enligt hennes definition är utmattningssyndrom ett tecken på utmattning, medan utmattningsdepression går djupare. Däremot handläggs alla ärenden rörande ohälsa på liknande sätt, även när det gäller rehabilitering.

Den sjukskrivne lämnar in en försäkran och bifogar ett läkarintyg och utifrån det görs en bedömning. Om intyget är knappt och det finns frågetecken lämnas intyget över till försäkringskassans läkare eller man begär in ett mer utförligt intyg. Det kan finnas

¹⁵ Perski (2006)

¹⁶ Jenner och Svensson (2003)

problem med att ge ersättning till den sjukskrivne om intyget inte är tydligt nog.

Handläggaren har 90 dagar på sig att få till ett möte med arbetsgivare, arbetstagare och om möjligt även läkare. Då görs en kartläggning, vilket är nytt sedan två-tre år. De kartlägger den psykiska och fysiska hälsan samt stressfaktorer. Detta är det centrala, sedan gör man en uppskattning av hinder å ena sidan och resurser med nätverk å andra sidan. Utifrån det lägger man upp en handlingsplan i samspråk med den sjukskrivne. Det man kan komma fram till är att den sjukskrivne mår så dåligt att det är otänkbart med arbete och då är det sjukvården som tar över. Personen kan även skickas vidare till utredning.

Om personen är fysiskt skadad och inte klarar av de arbetsuppgifter denne för närvarande har, kallar de till ett möte med arbetsgivare, fack och läkare, där de undersöker om det är möjligt att omplacera personen i fråga. Arbetsgivaren har idag ett stort rehabiliteringsansvar. Om den sjukskrivne mår psykiskt dåligt på arbetsplatsen och behöver stöttning, kan denne via sjukvården få psykologsamtal och medicinering. Handläggaren brukar även ha samtal med dessa personer ca en gång i veckan.

Försäkringskassan kan även gå in med punktstöd i form av tio samtal med en psykolog för de personer som skall tillbaka till arbete. För närvarande är alla insatser restriktiva och är en bedömningsfråga från handläggaren. Denne rådgör med försäkringsläkaren och konsult (juristutbildad) innan för att få dennes godkännande. Säger försäkringsläkaren eller konsulten nej, är det svårt för handläggaren att få stöd i detta. Konsulten är även den som håller i försäkringskassans ekonomi. Det är arbetsgivaren som först och främst har kostnadsansvar.

För två-tre år sedan var det många som fick pension, men idag försöker de hellre sätta in arbetsinriktad rehabilitering. Det är fler kvinnor än män som förtidspensioneras. I vissa lägen fortlöper sjukskrivningen trots allt längre tid än vad som är brukligt. Det finns då etiska och moraliska aspekter som spelar in, såsom vid cancersjukdomar eller vid psykisk sjukdom. Försäkringskassan avvaktar för att se hur det fortlöper. Försäkringskassan har ansvar att samordna rehabiliteringen, arbetsgivaren och arbetstagaren har i sin tur eget ansvar. Försäkringskassan kan erbjuda stödsamtal, utbildning max ett år, friskvårdskur inför arbetsträning t.ex. på Mussebergs hälsocenter, där det även ingår terapi.

Den sjukskrivne kommer ofta tillbaka tidigare till arbetslivet om resurser sätts in så tidigt som möjligt. När depression har infunnit sig i sjukdomsförloppet blir det tyngre och vägen tillbaka kan då ta längre tid. Ytterligare en faktor som kan spela in är att ju yngre man är desto lättare kan det vara att komma tillbaka. Det försäkringskassan kan kräva är att personen ska prova att återgå till arbete, men avvakta om det inte fungerar. Sedan rådgörs det med läkare om det är en möjlighet eller inte att återgå. Om personen inte prövar eller inte gör det som han/hon i samråd med försäkringskassan kommit överens om kan däremot sjukpenningen dras in.

Merparten återgår till arbetslivet, även om det inte sker på heltid. Många klarar endast av att jobba 50-70 %, men målsättningen är dock alltid 100 %. Den största tröskeln att kliva över tycks vara från 70 % till heltid. Under tiden personen har arbetsträning eller rehabilitering sker en uppföljning. Börjar personen arbeta heltid anses denna som frisk och försäkringskassan har då ingen skyldighet att hålla kontakt med personen i fråga.

3.3 Intervju med projektansvariga inom ett EU-projekt

Vi intervjuade två projektledare för ett EU-projekt som vänder sig till individer med bl.a. utmattningssyndrom/depression. Anders Dahl är utbildad socionom, legitimerad psykoterapeut, handledarutbildad och coachutbildad. Han är specialiserad på familjeterapi och nätverksarbete samt har ett flertal utbildningar inom systemiskt förändringsarbete med enskilda grupper och organisationer. Anders är projektledare och fungerar som individutvecklingscoach. Han har arbetat inom projektet i 1,5 år sedan det bildades 2006.

Rosita Moberg är utbildad högstadielärare, grafiker, arbetsförmedlare samt utbildad i lösningsfokuserad samtals- och arbetsmetodik. Hon har lång erfarenhet av företagskontakter som arbetsförmedlare och grafiker. Rosita har under många år utvecklat en kompetens och intresse för mentalt träning, stressrelaterad ohälsa och ett förebyggande hälsofrämjande arbete. Tyngdpunkten ligger på alternativt och holistiskt tänkande. Rosita är projektledare och arbetar inom projektet som arbetslivscoach och även hon har arbetat sedan projektets start.

Förutom Rosita Moberg och Anders Dahl så finns det fem anställda med olika yrkesbakgrunder med särskilda kompetenser t.ex. pedagog, utbildningar inom mental

träning och alternativt hälsoarbete, socionom, legitimerad psykoterapeut, specialiserad på familjeterapi samt kognitiv beteendeterapi, läkare, psykolog, psykoterapeut och sociolog.

Deltagarna vistas på projektet under tre månaders förberedelse samt genomgår tre månaders arbetsprövning. Försäkringskassan gör en individuell bedömning om de behöver arbetspröva mer än tre månader. Under arbetsprövningen så kopplas R-uppdraget in från arbetsförmedlingen. R-uppdraget är ett samverkansprojekt mellan FK och AF. Det finns ingen åldersgräns för att kunna delta i projektet. Anders och Rosita menar att de delvis är styrda av de regler som FK har när det gäller rehabiliteringsersättning och tider osv. De gör ett antal tester som stressforskaren, som är knuten till projektet, har tagit fram. Testerna berör livskvalitet, oro, ångest och depression.

Deltagarna erbjuds en individutvecklingscoach samt en arbetslivscoach som två individuella moment i projektet. Individutvecklingscoachen förbereder den enskilde för arbetslivet. Denna är en obligatorisk coachning och coachen ska fungera som en reflektionspartner under arbetes gång. Med hjälp av arbetslivscoachen får man tillgång till konkret stöttning och coachning mot arbetslivet. Coachen tar hänsyn till att arbetet anpassas till den enskilde. Det är av vikt att coachen tar till vara de resurser som deltagarna har samt de önskningar och förutsättningar som deltagaren har.

Vidare beskriver projektledarna att de bedriver ett gruppdynamiskt arbete. Syftet med gruppträffarna är att deltagarna får tillhöra en grupp utanför den närmaste familjen. Arbetet i grupperna skall fungera som en förberedelse för kommande utåtriktade aktiviteter. Vid gruppträffarna fokuseras det vid mental träning/tankens kraft, utöka självbilden positivt, stärka självkänslan och motivationen, avspänning, närvaroövning, ”inventering av de inre resurserna” m.m. Deltagarna erbjuds även föreläsningar med olika teman såsom kost, sömn och motion.

De arbetar kognitivt, systemiskt samt lösningsfokuserat och enligt projektledarna jobbar de med det goda hjärtat. De tar hänsyn till människors individuella olikheter och utgår från dessa. De strävar efter femtio procents återgång till arbetslivet vilket projektledarna anser är rimligt för de flesta. De platser arbetsförmedlingen förmedlar är ofta anpassade till den enskilde individen. Projektledarna säger att de som har slutat på projektet är fortfarande välkomna. De kan komma in för samtal om de önskar, men en organiserad

uppföljning sker inte.

Samarbete med andra instanser har pågått från och till. De har haft deltagare som haft kontakt med öppenpsykiatri, psykolog. De har även haft en del gemensamma möten med läkare, psykiatriker osv. Projektledarna menar att detta är bra, ju fler möten med berörda inblandade parter desto bättre. Det händer att deltagarna själva bjuder in projektledarna inom projektet till olika möten. Dessa önskemål har kommit från båda hållen. Alla är enade om nyttan med att ha dessa möten tillsammans.

Anders och Rosita berättar att deltagarna kommer i kontakt med dem efter att de haft sin sjukdom i flera år, de har förbrukat många av de stadier, då de kunnat gå ur sjukdomen lindrigare. De menar att om arbetsgivarna till deltagarna hört av sig till dem mycket tidigare, hade man kunnat göra mer för deltagarna. Anders menar att den grunddiagnos som deltagarna oftast fått för cirka sju-åtta år sedan förändras. Har man varit sjukskriven länge uppstår ofta nya saker (sjukdomar), de svårigheter som visar sig är sömnsvärighet. Det de kan erbjuda deltagarna är då sömnhygien, att de helt enkelt lär sig att sova.

4 METOD

4.1 Val av datainsamlingsmetod och tillvägagångssätt

Vi har valt en kvalitativ ansats där vi söker nå kunskap om den andres subjektiva upplevelser med hjälp av dennes egna ord, uttryck och beskrivningar¹⁷. Vi kommer därför att använda oss av djupintervjuer, som vi sedan skriver ut i textform. Utifrån texten avser vi att analysera och använder oss av litteratur, rapporter och artiklar för att få ett mångfasetterat empiriskt material. Larsson/Lilja/Mannheimer (2005) beskriver hur den *induktiva* strategin förutsätter kunna fånga eller skapa förutsättningar för att den intervjuade ska erbjudas goda möjligheter att med egna ord och begrepp beskriva sina upplevelser i olika avseenden. Styrkan i denna strategi ligger i att man studerar ett fenomen utan förutfattade hypoteser och där det finns en öppenhet för nya begrepp och teorier som växer fram under intervjuarbetet. Den *deduktiva* ansatsen innebär att forskaren styrs av ett teoretiskt perspektiv som ger riktning när det gäller de frågor som skall ställas. I vår studie ämnar vi att kombinera båda dessa strategier och använda oss av den *abduktiva* metodstrategin. Vi kommer således att utgå från respondenternas

¹⁷ Larsson, Lilja och Mannheimer (2005)

berättelser (empirisk data) samtidigt som vi beaktar relevanta teorier och begrepp som uppkommer under studiens gång¹⁸.

I analysen avser vi att använda oss av det hermeneutiska synsättet som talar om texter, språkliga uttryck och mänskliga handlingar som meningsfulla fenomen. Enligt hermeneutiken är det nödvändigt att de meningsfulla fenomenen tolkas för att kunna förstås. Forskningsintervjun är ett samtal om mänskliga livsvärden som sedan förvandlas till texter som ska tolkas. Hermeneutiken med dess betoning av inkännande och förståelse öppnar med detta möjligheter till en mer rikare och nyanserad kunskap. Med hjälp av det hermeneutiska synsättet syftar vi till att sätta oss in i våra respondenters situation och söka se problematiken utifrån dennes perspektiv¹⁹. Kvale tar upp den hermeneutiska cirkeln och tolkning av hermeneutiska principer. Genom att analysera delarna kan vi förstå helheten och genom helheten kan vi uppnå en förståelse av delarna²⁰.

Vi var måna om att informera respondenterna om syftet med intervjuerna och C-uppsatsen, vilka som skulle få ta del av den, att de skulle få vara anonyma och vara avidentifierade i materialet samt att deras medverkan var helt frivillig och kunde avbrytas när de ville. Det var viktigt för oss att kunna få en möjlighet att ge feedback till respondenterna genom att låta dem, via deras e-post, få ett exemplar av den färdiga uppsatsen.

4.2 Urval

Vi har genomfört sammanlagt tolv intervjuer och två av dessa gjordes via telefon. Vi har vid ett intervjutillfälle intervjuat Anders Dahl och Rosita Moberg, som arbetar inom ett EU-projekt, som har som mål att vända sig till personer vilka har ett rehabiliteringsbehov för att komma ut på arbetsmarknaden igen. En intervju gjordes med Carina Persson, som arbetar som handläggare på Försäkringskassan centrum, Göteborg. Hon har ohälsa som sitt arbetsområde. De övriga tio intervjuerna var respondenter som alla är sjukskrivna i olika omfattning på grund av stressrelaterad utmattningssyndrom/depression. Fem av dessa respondenter fick vi kontakt med via personalen på projektet vi beskrev ovan. En respondent fick vi kontakt med genom förfrågan hos en kommunal instans som riktar sig till individer med ohälsa. De övriga

¹⁸ a.a.

¹⁹ Gilje och Grimen (1995)

²⁰ Kvale (1997)

fyra respondenterna har vi fått kännedom om genom egna kontakter. Av våra tolv intervjuer utfördes två av dessa av en intervjuare och det var de som gjordes via telefon. Under fem intervjuer var vi två intervjuare och under de resterande tre var vi alla delaktiga.

Telefonintervju som metod berodde i det ena fallet på det långa avståndet mellan oss och respondentens bostadsort. Då vi hade tidspress var det ej möjligt att göra intervjun på plats. I det andra fallet fanns inte någon lämplig plats eller ledig lokal att utföra intervjun på.

4.3 Intervju

I fyra av de tolv intervjuerna använde vi ej någon bandspelare. Ena fallet var när vi intervjuade handläggaren vid Försäkringskassan Centrum, Göteborg. Vi satt på ett kafé och ansåg att det fanns för många störande moment runtomkring som skulle ha påverkat bandupptagningens kvalitet. En av respondenterna kände sig obekväm med att använda bandspelare, vi ansåg att stämningen och en avslappnad intervjusituation var viktigare. De övriga två var de intervjuer som skedde via telefon, då det inte fanns möjlighet att banda dessa.

Vi har använt oss av intervjun som samtalsform för att få fram respondenternas muntliga berättelser samt uppgifter och genom dessa få en förståelse av deras sjukdomstillstånd och situation. Vår intervjuguide är utarbetad, genomtänkt och utformad med specifika frågor som inriktar sig på vårt intresseområde – utmattningssyndrom, vilka knyter an till våra frågor i syftet. I vår utarbetade intervjuguide har frågorna varit öppna och utvecklats med följdfrågor allteftersom intervjun har fortskridit. Materialet av vår kvalitativa undersökning har vuxit fram och utvecklats genom intervjuguiden samt ur de personliga samtalen där samspelet mellan respondenterna och oss har varit av essentiell betydelse²¹. Genom att vi använder oss av den kvalitativa forskningsintervjun söker vi få tillgång till beskrivningar av respondenternas upplevelser av utmattningssyndrom/utmattningsdepression för att sedan tolka deras mening. Som hjälp vid genomförandet av intervjuerna har vi utformat en *intervjuguide*. Denna halvstrukturerade intervjuform omfattar ett antal teman med relevanta frågor som ska täckas. Det minskar även risken för styrning av samtalet. Vi har använt oss av en *urval-*

²¹ Widerberg (2002)

sundersökning i form av kvalificerade intervjuer. Detta leder till att vi får en större omfattning och djup i vår undersökning²².

Forskningsintervjun ses som ett mellanmänniskt förhållande, det är ett samtal mellan två individer om ett givet tema av ömsesidigt intresse. Den har formen av ett mänskligt samspel där vi genom dialog utvecklar kunskap. Vi har försökt, i den mån det har gått, att skapa en atmosfär där respondenterna har kunnat känna sig trygga nog för att kunna tala öppet och fritt om sina känslor och upplevelser. Genom att använda oss av våra personligheter och våra individuella egenskaper har vi försökt skapa en trygg atmosfär för att kompensera den fysiskt kala miljön i rummet där intervjuerna utfördes. Vi har använt oss av det direkta mötet mellan intervjuare och respondenter, förutom i telefonintervjuerna. Respondenterna har fått styra samtalet i den utsträckning så att teman som innefattats i intervjuguiden diskuteras.²³

Vid sammanställningen av intervjuguiden har vi försökt inbegripa både en *tematisk* som en *dynamisk* aspekt på frågorna. Den tematiska aspekten finns med genom att vi relaterat frågorna till ämnet i undersökningen. Frågorna i intervjuguiden har knutit an till vår problemställning. Vidare har dessa legat till grund för vår teoretiska förståelse samt vidare för analysen. Vi har medvetet utformat en mer strukturerad intervjuguide som bidragit till en mer strukturerad intervjusituation. Denna strukturerade intervju-procedur har underlättat för oss under analysstadiet av det empiriska materialet. Avseende den dynamiska aspekten har det varit vår förhoppning att denna skulle bidra till skapandet av en intervjusituation där samtalet blir levande samt flytande. Det har varit viktigt att skapa en positiv atmosfär för att möjliggöra att respondenten känner sig motiverad att tala om sina upplevelser och känslor. För att möjliggöra detta har det varit väsentligt att frågorna i intervjuguiden varit tydliga och lätta att förstå²⁴.

Sex av våra intervjuer har skett i grupprum på Institutionen för socialt arbete. Inför valet att genomföra intervjuerna i grupprummen på institutionen hade vi en diskussion om dessa kunde bidra med en lämplig miljö för våra intervjuer. Vi kom fram till att institutionens grupprum varken är utformade eller bjuder in till en miljö som är avslappnad eller som får informanterna att känna sig som om de befann sig i en

²² Körner/Wahlgren (2002)

²³ Widerberg (2002)

²⁴ Kvale (1997)

atmosfär av hemtrevnad, vilket vi ville skapa för dem. Detta var dock det enda som fanns till buds²⁵.

4.4 Metodologiska reflektioner

Det som vi i efterhand kan se har varit det mest problematiska är att få kontakt med respondenter. Vi har sökt med ljus och lykta hos föreningar, projekt och som en sista utväg började vi söka i vårt eget kontaktnät, som kände till personer med utmattningssyndrom. Om vi hade vetat hur problematiskt och tidskrävande sökandet efter respondenter till vår studie skulle bli, hade vi redan innan kursen ”Vetenskapligt arbete” börjat leta efter lämpliga respondenter.

För oss var telefonintervjuerna inte det ultimata då vi via telefon inte kunde urskilja vare sig kroppsspråk eller upptäcka känsligheten i uttrycken hos respondenten. Ord, mimik och kroppsspråk hör ofta ihop och kan även ibland motsäga varandra, vilket vi via denna intervjumetod missade. Vi inser att viss empirisk korrekthet kan ha gått förlorad genom detta. Några intressanta citat och utsagor kan även ha försvunnit. Genom att skriva ut intervjuerna i direkt anslutning efter avslutat samtal försökte vi dock eliminera eventuella otydligheter i anteckningarna. Vi upplevde dock inte att respondenternas svar på frågorna påverkades av detta. Intervjuerna var även lika omfattande som de övriga.

Det enda som skiljde sig åt var att vid den ena telefonintervjun avbröts fokuseringen på själva intervjun, då respondenten hade en hund som krävde uppmärksamhet. Vid de två sista frågorna blev dessutom respondenten avbruten, då det kom bekanta på besök. Även detta skulle ha undvikits om vi hade arrangerat intervjun, så att vi hade träffat henne personligen och på en annan plats än i hennes bostad. I övrigt anser vi dock att denna intervju återspeglar respondentens egen livsvärld i lika stor grad som de övriga intervjuerna.

Det positiva vid de intervjuer där vi tre författare var med, var att observationsförmågan på det som hände under intervjun i rummet ökade. Observationsförmågan på känslöstämningar under intervjun ökade, vilket kan ha blivit mindre när vi var två. Nackdelen kan ha varit att den intervjuade möjligtvis kan känna att det blir för många i rummet, känslan av intimitet och förtrolighet kan minska. Den

²⁵ a.a.

som utförde de enskilda telefonintervjuerna fick en känsla av att det uppstod förtrolighet i samtalet. Däremot var det, som vi tidigare nämnt, negativt att vi inte kunde se mimik och kroppsspråk. Intervjuaren hade ensamt ansvar för intervjun samt att få fram så uttömmande svar som möjligt. Det fanns ingen att bolla med efteråt om vad som sagts och hur vi hade uppfattat intervjun.

Ytterligare nackdel med en kvalitativ forskning, var den begränsade tiden vi hade till vårt förfogande. Djupintervjuerna har tagit lång tid då själva intervjutillfällena har varit omfattande och tagit mellan 1½ till 3 timmar. Den stora variationen berodde på hur uttömmande respondenternas svar var. Genom att intervjuerna var så omfattande var det tidskrävande att skriva ut dem. Men vi har fått en bredare insyn och kunskap om respondenternas livsvärld, vilket har ökat vår förståelse. Vi har fått ett stort empiriskt material att analysera utifrån, där vi har stora möjligheter att urskilja mönster och faktorer som leder till utmattningssyndrom/utmattningsdepression.

4.5 Validitet och reliabilitet

Under hela undersökningsarbetet skall man undersöka validiteten men vi anser att det är speciellt viktigt vid tolkning och analys av det empiriska materialet. Vi undersöker tillförlitligheten, logiken och relevansen i vår bearbetning och tolkning samt om vi har undersökt det vi har ämnat studera genom de frågeställningar i den intervjuguide vi utformat.

Reliabilitetsbedömningar kan vara svåra att använda sig av i en kvalitativ forskning men är speciellt viktiga i en kvantitativ då man med detta begrepp mäter värdet av de instrument man använt²⁶. Forskaren är huvudinstrumentet i den kvalitativa vilket gör saken svår att bedöma. Med det menas inte att man inte skall analysera sig själv utan att man bör göra det under hela undersökningen och då speciellt vid utskrift av intervjuerna. När man använder sig av bandspelare, så är det nödvändigt att analysera hur användningen gått till²⁷.

Att genomföra ett stort antal intervjuer tror inte vi automatiskt leder till bättre eller rikare analyser. Tio intervjuer ligger till grund för vår studie och vi anser att vår selektion av antalet intervjuer kan leda till en ökad förståelse och djup. Genom att

²⁶ Kvale (1997)

²⁷ a.a.

fokusera på ett mindre antal intervjuer anser vi att man kan få en djupare förståelse men även mer fördelaktig analys av det empiriska materialet. På så sätt kan tillförlitligheten i empirin bli större²⁸.

Det kan vara svårt att generalisera vår kvalitativa studie i sin helhet. Däremot anser vi att man kan få fram vissa generaliserbara delar om den stämmer överens med andra data, teorier och kunskap vi fått fram. För att säkerställa validiteten i vår kvalitativa studie har det krävts att vi har gjort noggranna med kontroller av vår tolkning av materialet, samt genom att ifrågasätta och teoretiskt tolka våra upptäckter. Reliabiliteten har vi försökt få fram genom att vid upprepade tillfällen ställa frågor, som kretsar kring samma teman, för att undersöka konsistensen i svaren. Vi har sett oss själva som verktyg i vår undersökning och det är vi som har tolkningsföreträde²⁹. För att tydliggöra och minska risken för missförstånd, har vi använt oss av klarifiering och därmed ökat validiteten i resultatet³⁰.

5 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Tanken med intervjun som undersökningsinstrument är att beskriva kvinnornas inifrånperspektiv när det gäller utmattningssyndrom. För att hitta förklaringsmodeller till det som respondenterna skildrar genom intervjuerna använder vi oss av Kristeori – Copingstrategier samt Kognitiv terapimetod i teori. Kristeorin samt Copingstrategier fanns med i åtanken redan vid studiens början. Vid genomförandet av intervjuerna har flertalet av respondenterna uppgett att de har genomgått kognitiv terapi, då väcktes vår nyfikenhet kring denna teori och vi läste då in oss på området. Den kognitiva terapimetoden är dels teori och en behandlingsform, som förklarar människans handlingsmönster vid ett dysfunktionellt beteende. Det vi tar upp i denna C-uppsats om den kognitiva terapimetoden är enbart det vi anser är relevant för vår studie. Den belyser fler områden, som inte berör vårt arbete och vi väljer därför att inte beskriva dessa. Vi anser att den kognitiva terapimetoden är ett komplement till Kristeorin då dessa är funktionella tillsammans.

²⁸ Körner och Wahlgren (2002)

²⁹ a.a.

³⁰ Bergman och Blomqvist (2004)

5.1 Kristeori – Copingstrategier

Vi har valt att utgå från Kristeori, då vi har ansett att den ger förklaringar till det våra respondenter har berättat för oss genom intervjuerna. Vi har sett en röd tråd genom hela studien där handlingsmönstret har en betydelse för hur man hanterar vissa situationer. De som har hamnat i utmattningssyndromet har haft svårt att hantera stressfulla situationer och ofta handlat utan att omstrukturera gamla beteendemönster. Begreppet kris kommer från grekiska ordet ”*krisis*” och betyder *en avgörande vändning, ödesdiger rubbning och plötslig förändring*. Man kan säga att en kris innehåller två aspekter, där den ena är risken och den andra är möjligheten³¹.

Cullberg (1996) menar att begreppet kris har allt oftare kommit att stå för ett psykologiskt reaktionsmönster. Det psykiska tillståndet av kris beror på en livssituation individen befinner sig i, där dennes tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte räcker till för att man skall förstå och bemästra den aktuella situationen. Den psykiska krisen kan förstås närmare genom fyra aspekter:

1. För det första behöver man ta reda på vilken den *utlösande situationen* är. Den livssituation man befinner sig i och som kan utlösa kristillståndet kan vara av två slag. Det kan handla om plötsliga och oväntade svåra yttre påfrestningar, som t.ex. dödsfall i familjen, plötslig uppsägning, hot mot ens identitet o.s.v. Dessa kallas för *traumatiska kriser*. En kris kan också utlösas av sådant som hör till livet, som kan te sig övermäktigt. De kan benämnas *utvecklings- eller livskriser*.
2. För det andra måste man veta *vilken inre, privat betydelse det inträffade har* för den enskilde. Med andra ord bör man ha kunskap om den enskildes *biografi* och *utvecklingshistoria*.
3. Den tredje faktorn talar om vikten av att ha kunskap om, vid krissituationer, den *aktuella livsperiod* den enskilde befinner sig i. Människan, vuxen som barn, befinner sig i en varaktig utvecklings- och förändringsprocess och man talar då om *kritiska åldersperioder* då problemställningar människan står inför, beroende på vilken åldersperiod man befinner sig i, kan föranleda att yttre händelser får olika innebörd. Livs- eller utvecklingskriser kan utlösas vid varje kritisk utvecklingsperiod, men inte nödvändigtvis i varje sådan period.

³¹ Tamm (2002)

4. Den fjärde faktorn tar upp individens sociala förutsättningar, interaktion med andra och dennes nätverk³².

Psykisk kris kan ses som en övergående stressreaktion och inte en psykisk sjukdom. Kris innebär att man bryter upp och det sker en splittring, detta kan leda till att personen faller igenom eller bygger något nytt. Det finns två huvudkomponenter i krisen, den ena är starka känslouttryck där motstridiga känslor frigörs och den andra är förvirring, då problemlösningsförmågan är begränsad. Dessa två huvudkomponenter avgör hur krisen kommer att fortskrida. När individen upplever en kris blir det obalans, som behöver återställas för att denne ska kunna återgå till en fungerande vardag. Under kristillståndet upplever den drabbade en känslostorm, som kan påverka minnet, det rationella förnuftet och försvårar mottagligheten för information. Individen kan få svårt att förstå sig själv, omgivningen och omvärlden. Andra personer i dennes närhet kan i sin tur ha svårt att förstå och tolka den krisdrabbades känslor och upplevelser³³.

5.2 Coping

Coping betyder bemästrande och handlar om individens olika sätt att hantera påfrestningar. Coping-strategier styrs av individens personliga egenskaper uttryckta i kognitionen. De är bestämda av individens livserfarenheter, viljeriktningar och livs-preferenser, trossystem och världsåskådning, intellektuell förmåga och utbildning³⁴. Mycket beror på var den enskilde uppfattar att problemet ligger någonstans och hos vem makten för förändring finns. Om personen uppfattar att ansvaret ligger hos honom, så gör denne något åt situationen, där den kan återfå kontroll och balans. Detta går under benämningen *aktiv coping*. Upplever han att detta inte ligger hos honom utan på dennes omgivning, så kan detta resultera i att personen blundar för problemet eller att han skyller på andra och förväntar sig att andra ska lösa det. Detta går under benämningen *passiv coping*. En del människor låter sig inte så lätt rubbas, även om det är kaotiskt i omgivningen³⁵.

Personer med stark integritet kan ge ett stabilt intryck, hos dem ligger styrkan att förlita sig till sin egen förmåga att kunna bestämma över sin egen tillvaro. Dessa individer tar ansvar för och ser till att hitta en lösning på de problem som kan dyka upp.

³² Cullberg (1996)

³³ Tamm (2002)

³⁴ Ekdahl-Lindgren (2002)

³⁵ Larsson och Joelsson (2005)

De passiva som inte agerar utan bara väntar på att andra ska handla åt dem eller flyr använder en annan strategi, där man lämnar över kontroll och handlingskraft till någon annan. När andra än en själv har makt att bestämma och har det överhängande ansvaret, finns det mindre utrymme för integritet och gränsdragning till dennes omgivning. Om individen känner ett stigande värde hos sig själv då denne får beröm och uppmärksamhet från andra, kan detta leda till att individen får svårt att hålla en hälsosam distans till andra. Det kan vara lätt att ta på sig rollen som den ”perfekta” och som alltid ska finnas till hands för andra³⁶.

Som vi nämnt ovan handlar coping om en aktiv process, där aktiva val tas i svåra situationer, coping skiljer sig därmed från rena förvarsmekanismer. Coping ingår som en naturlig del i vardagen, då man ständigt möter små och stora svårigheter. Alla har med sig ett inre referenssystem av handlingsstrategier som formats av familj, kultur och samhälle. När något inträffar så använder man sig av sitt referenssystem för att klara av händelserna. En okänd företeelse kan få individen att tappa fotfästet, då denne inte har erfarenhet av någon liknande händelse han kan referera till. Det tycks som om äldre människor på grund av livserfarenheter, är bättre rustade att hantera livets svårigheter³⁷.

När människor hamnar i kris kan de välja mellan två sätt att hantera denna på. Det ena är *problemfokuserad coping*, den enskilde försöker definiera problemet, förändra det som är möjligt och införliva nya sätt att handskas med det svåra. *Känslomässig coping* är det andra sättet som individen kan ta till för att hantera situationen. Genom denna försöker individen ta kontrollen över den känslomässiga stressen. Strategin som man använder sig av kan visa sig i form av att man skjuter ifrån sig problemet eller förnekar det inträffade och beror på att individen inte kan förändra sin situation. Ett sätt att försöka bemästra och förstå sin vardag och de roller man har, kan uttrycka sig i existentiella frågor. Då man i sin tillvaro inte ges möjlighet att bearbeta dessa, så uppstår känslan av tomhet och speciellt då människan kan ha svårt att sätta ord på hur denne upplever sin livsvärld³⁸.

Gullacksen (1998) har i sin doktorsavhandling ”*När smärtan blir en del av livet. Livsomställning vid kronisk sjukdom och funktionshinder*”, tagit upp människor som har drabbats av långvarig sjukdom och de livsomställningsprocesser som det innebär. För vårt arbete har vi valt att ta med hennes modell för livsomställning vid kronisk smärta,

³⁶ Larsson och Joelsson (2005)

³⁷ Eriksson, Thorzén, Olivestam och Thorsén (2004)

³⁸ a.a.

då vi anser att denna även kan omsättas och vara aktuell för vår empiri. Modellen består av tre olika skeenden, samt en fjärde fas som berör att leva med sjukdomen.

Skeende ett kallas för det *inledande skeendet* och är en beskrivning av vad som kan inträffa vid akut och tillfällig sjukdom. Vi har en önskan om att allt skall vara som innan sjukdomen bröt ut, det finns en förhoppning om att vila och behandling kan göra vår kropp frisk igen. Individen försöker att hålla kvar vid sin identitet och sitt sociala liv, såsom det var förut. Personen vill så snabbt som möjligt komma tillbaka till arbete, vilket bevisar för en själv att allt är som vanligt. Om människan förnekar det som inträffar och försöker gå i gamla spår, så kan hon/han inte gå vidare i omställningsprocessen. För denne individ är fortfarande framtidsbilden intakt och bygger på hans/hennes uppfattning om sitt normala tillstånd, men även om den kontinuitet som finns i det. I detta skeende har livsomställningen ännu inte satts igång, men kan ändå ha en stor betydelse för hur den framtida omställningsprocessen kommer att utveckla sig. Övergången till skeende två brukar ofta ske gradvis, men till slut tar symptomen över och personen kan omöjligen fortsätta leva sitt normala liv.

Skeende två kallas för det *bearbetande skeendet*, vilket är centralt i omställningsprocessen. Efter hand har man blivit medveten om sin smärta och sjukdom, det sker en förändring av ens livssituation. Denna insikt kan väcka känslor av sorg, saknad och oro, vilka måste hanteras likaväl som personer behöver lära sig leva med de nya villkoren. Det kan ha skett små vardagliga förändringar, tidigare i skeende ett, utan att personen lagt märke till det. Olika strategier utvecklas utan att andra har lagt märke till detta. Strategierna syftar till förändringar här och nu för att klara av vardagen. De kan beskrivas som dels en inre och en yttre bearbetning för att kunna fungera i sin vardag.

Då kan personen inte längre ha kvar den bild denne haft av framtiden, då den grundar sig på hur man levde sitt liv då. Den bild man haft av sitt tidigare liv bleknar och man försöker inte längre återställa det som var innan, då det har blivit orealistiskt utifrån nuvarande förutsättningar. Samtidigt kan man inte riktigt ta till sig den nya framtidsbilden, då den kan te sig skrämmande och hotfull. Personen hamnar i ett vakuum där man inte riktigt kan släppa det förflutna, men hindras därmed att blicka framåt, så småningom gryr ett litet hopp att i framtiden kunna leva ett friskt och ”normalt” liv. När man har kommit till insikt om att det inte är något övergående, väcks tankar på ens egen identitet och självbild. Förändringar i ens personlighet som kunde accepteras vid tillfällig sjukdom, såsom tillbakadragenhet, kan nu väcka oro och osäkerhet. Förutom att kunna hantera sin sjukdom, måste personen hantera förändringar

i personligheten. Att omvärdera sin egen livshistoria och få en ökad erfarenhetsbank, kan i efterhand ligga till grund för en ny framtidsbild.

Skeende tre handlar om att lära sig hantera sin situation och genomföra nödvändiga förändringar i sin livsföring. Man har börjat lära sig hur man kan må bättre och på vilket sätt man själv kan påverka sin situation. I detta skeende blir inlärningsprocessen att lära sig leva med de dominerande villkor man numera har. Individen har gått från att ha använt sig av överlevnadsstrategier till att använda sig av långsiktiga strategier. Insikt genom kunskap, möte med andra i samma situation och förklaringar, kan efterhand bli en ny dåtid som kan ligga till grund för en ny framtidsbild. Den kan te sig mindre hotfull, då den gamla bilden ersätts av en ny som känns naturlig för den situation man befinner sig i. Inställningen ändras och man inrättar sig efter de nya förutsättningarna. Man lär sig slutligen acceptera de nya livsvillkoren man har och får en ny syn på sig själv och sin verklighet³⁹.

5.3 Kognitiv terapi i teori

Perris (2005) tar upp att många som hamnar i en djup och långvarig utmattning, behöver en välfungerande terapeutisk behandling. Den kognitiva terapin har visat sig vara verksam för att personer skall lära sig känna igen kopplingen mellan sina tankar, känslor och beteende. Efterhand skall de som genomgår terapin kunna ersätta dysfunktionella handlingsmönster med mer funktionella sådana. Aaron T Beck benämner två typer av mönster hos personer som utvecklat psykiska störningar som depression, men även ångest och fobiska eller paranoidea reaktioner.

Sociotropi – Personer har då stort behov av nära relationer med andra, som kan ge t.ex. förtrolighet, förståelse och stöd etc. Personerna har även ett stort behov att få beröm och belöningar. De kan vara narcissistiska i sina önskningar och tycks styras av ledande teman såsom ”att erhålla” och ”att få”. De är känsliga när det gäller avbrott i det sociala stödet. Deras tankar kretsar kring förlust och övergivenhet. Under terapin krävs det att det utvecklas en öppen och empatisk relation som fokuserar på problemen bakom deras behov.

Individualitet/autonomi – Personerna har ett stort behov av att vara självständiga och utvecklar egna normer om vad som är acceptabelt. De är mindre påverkbara och vill inte

³⁹ Gullacksen (1998)

ha yttre inblandning, intrång och begränsningar. Deras ledande tema är ”att göra”. Här bör terapin fokuseras på personens egna målsättningar, att ändra den rigida inställningen till en mer flexibel och smidig sådan, samtidigt som att personen bör få insikt om sina egna begränsningar.

Ett nyckelbegrepp inom den kognitiva teorin är ”*Kognitiv struktur*”. Det kan förklaras som ett självschema där vi har våra föreställningar klara om oss själva, andra och omvärlden. Dessa kan vara inlärd från våra upplevelser, värderingar och kulturellt betingade. Efter barndomen sker en kontinuerlig ackommodation, d.v.s. en utvidgning av dessa självschema, då nya erfarenheter och kunskaper gör att människan måste göra omvärderingar för att få ett bättre grepp om verkligheten. Vid depression och andra typer av emotionella störningar kan dessa självschema bli rigida och dysfunktionella. En av de sex vanligaste tankeförvrängningarna enligt Beck är ”*Personalisering*”. Den deprimerade tillskriver sig själv alla misslyckanden, tar åt sig av det som händer och sägs, fast det inte finns några sådana kopplingar. Seligmans teori om hjälplöshet går i korthet ut på att ”...*individens förmåga att hantera stressfyllda situationer försvagas om han upprepade gånger utsätts för situationer där han inte kan påverka utfallet hur han än betar sig*”. Vidare menar han att ”...*depression tenderar att uppstå hos personer som tillskriver sig själv ansvaret för sina misslyckanden*”⁴⁰.

Hos deprimerade människor kan det finnas faktorer som utlöser ångest. Det kan bero på personens negativa självvärdering och dysfunktionella kognitioner. Den deprimerade fokuserar på tidigare misslyckanden. Flertalet av dem som hamnar i en djup utmattning drar sig undan sociala kontakter en tid och isolerar sig. Arkowitz menar att undvikande av sociala kontakter kan bero på:

- ”*Övervägande negativa självuppfattningar, särskilt vad gäller social kompetens.*
- *En »inre dialog« som huvudsakligen innehåller negativa påståenden om en själv.*
- *Överdrivet höga mål vad beträffar egna prestationer.*
- *Uppmärksamheten särskilt inriktad på såväl positiv som negativ information om en själv och ens prestationer.*
- *Ett dysfunktionellt mönster vad gäller sättet att se på orsaker till framgång och misslyckande*”⁴¹.

⁴⁰ Perris (2005) s.nr. 65

⁴¹ a.a. s.nr 72

Kognitiv beteendeteori är en insiktsterapi och är samtidigt en medveten kognitiv process. Ellis och Sagorin delar upp insikt i tre stadier. I första stadiet får personen insikt om att orsakerna till beteendet ligger bakåt i tiden. Det andra stadiet innebär att personen förstår att denna fortfarande styrs av dessa. Slutligen i det tredje stadiet får personen insikt om att den enda vägen ur svårigheter är att vara medveten, tänka efter och ifrågasätta sina tankebanor för att förändra det dysfunktionella tankesättet⁴².

Kognitiv beteendeterapi rekommenderas vid rehabilitering av utmattningssyndrom. Man strävar att personen, för att uppnå hälsa skall byta ut eller kontrollera tankar, känslor och upplevelser som är dåliga eller felaktiga för hälsan. Personen skall sträva efter att kontrollera och ha ett realistiskt tänkande, mer än att vara symptomfri. Det är en problemfokuserad terapi och man arbetar utifrån tydliga mål med hemuppgifter. Individen skall hitta verktyg som skall göra att han/hon själv kan hantera svårigheter som hindrar honom/henne att leva ett fullgott liv. Det är individen själv som sitter på lösningen. Det är inte ovanligt att individen konfronteras eller exponeras för det hon får ångest eller har fobi för. Det är för att individen skall upptäcka att det inte var så farligt. Även meditation och avslappningsövningar används. Meditationer tycks stimulera läkande krafter hos individer⁴³.

George Kellys kognitiva personlighetsteori är en holistisk teori som betraktar människan som en unik helhet. Han liknar människan vid en vetenskapsman, där denne försöker skapa teorier om sin omvärld. Vid depression och sjukdom kan individen bli starkt pessimistisk i sin inställning och kan tycka att allt är hopplöst och omöjligt att ändra. Den deprimerade kan även bli blockerad och inte se någon lösning på problemen. Det blir svårt att ta initiativ eller beslut⁴⁴.

Rent kognitivt kan människor vid stress få ett stort tidsbegrepp. De har även en förmåga att försöka spara tid genom att tänka ”ett moment före”, d.v.s. de har svårt att koncentrera sig på det de håller på med, utan tänker på det som skall komma härnäst. Ibland kan en stressad person hamna i en ond cirkel där arbetet börjar ta över fritiden. De vill hela tiden utföra ”nyttiga” saker, annars kan de uppleva skuld av att inte göra någonting. Kroppen hinner inte återhämta sig på ”fritiden” och stressnivån ökar, vilket leder till ännu mer ”måsten”⁴⁵.

⁴² Perris (2005)

⁴³ Brattberg (2006)

⁴⁴ Tamm (2002)

⁴⁵ a.a.

5.4 Begreppsförklaring

Vi kommer i detta arbete att använda oss av begreppen *utmattningssyndrom* och *utmattningsdepression*. Utmattningssyndrom brukar även gå under benämningen utbrändhet och kommer från engelskans ”burnout” och betyder urladdning. Det kan jämföras med ett batteri som har laddats ur. Denna association anser vi stämmer överens med vår syn och vi tänker oss då ett batteri som kan återuppladdas. Utbrändhet är inte någon medicinsk term enligt Socialstyrelsens mening. I vissa fall, där utmattningssyndromet har utvecklats och en depression tillkommit eller utvecklats, kommer vi att använda oss av begreppet utmattningsdepression. Diagnosen utmattningssyndrom-/utmattningsdepression ger ett antagande om att sjukdomen orsakats av långvarig stress, men säger ingenting om uppkomsten. Det säger inte heller om det specifikt kan relateras till arbete, relationer eller andra långvariga påfrestningar, men kan kopplas till just dessa områden. Det man med säkerhet kan säga är att personen har varit utsatt för stress under lång tid⁴⁶.

Stress är ett annat nyckelord då det kan relateras till utmattningssyndrom och är den bidragande orsaken till sjukdomstillståndet. Alla utsätts dagligen för olika påfrestningar som ökar stressreaktionen i kroppens organsystem. Stress kan vara både positiv och negativ. Att utsättas för påfrestningar och ansträngningar ökar vår stress, vilket leder till ökad energi för att kunna prestera⁴⁷.

Negativ stress infinner sig då individen inte utsätts för belastning, d.v.s. när individen inte får tillräckligt med stimulans i vardagen. Vardagen kan upplevas som långtråkig eller att det inte finns utmaningar, vilket leder till att vår kapacitet sjunker. Den negativa stressen visar sig även när individen utsätts för stor belastning. Detta sker när denne råkar ut för en rad stora förändringar på en och samma gång, även vid för många uppgifter att utföra eller andra påfrestningar som varar över lång tid⁴⁸.

Det är när stressen blir långvarig och det inte finns utrymme för att återhämta sig, som stressen blir skadlig för kroppen. Individen kan befinna sig i ett läge där det finns ytterst litet utrymme för att varva ner och kroppen ställer hela tiden in sig på hög beredskap. Detta kan beskrivas i tre faser och den första är alarmfasen, då kroppen säger ifrån genom att fysiologiska symtom visar sig som t.ex. huvudvärk, spänningsvärk,

⁴⁶ Socialstyrelsen (2003)

⁴⁷ Eriksson, Thorzén, Olivestam och Thorsén (2004)

⁴⁸ Larsson och Joelsson (2005)

magont etc. Resistensfasen kommer härnäst och symptomen avklingar, systemet svarar inte längre på kroppens signaler. Den sista är utmattningsfasen och individen tappar då all ork⁴⁹. Det är i denna sista fas våra respondenter har befunnit sig och i de flesta fall har de kommit ganska långt i sin återhämtning.

6 RESULTAT OCH ANALYS

6.1 Redovisning av intervjuer

I våra intervjuer har vi tagit upp olika teman och vi kommer att redovisa varje tema för sig. Detta gör vi för att kunna påvisa huruvida det föreligger mönster och samband hos våra respondenter. Efter varje slutförd resultatdel ämnar vi att lägga in en analys text rörande varje tema.

6.2 Utbildning och arbete

Resultat

Av våra respondenter är det en som har genomgått grundskolenivå och läst enstaka ämnen på komvux, fem har gymnasiekompetens och fyra har genomgått eftergymnasial utbildning. Utbildningsinriktningarna är av skilda slag såsom sociala yrken, ekonomi, textil och design, vård och omsorg, handel och distribution. Alla utom en av våra respondenter har arbetat inom det område de har utbildat sig till. Skälet till att den som ej arbetar med det hon utbildat sig till var att hon fick arbete och stannade kvar där. Hon ämnade dock vidareutbilda sig efter sina gymnasiestudier.

Fyra respondenter har haft regelbundna arbetstider där de arbetat dagtid. För de övriga har arbetstiderna varierat och innefattat även kvällar och helger. För de som hade fasta tider men ändå arbetade oregelbundet, har det berott på mycket övertidsarbete och det kunde periodvis bli upp till tio timmar extra per vecka. Några av respondenterna har haft ett yrke där de inte har haft en och samma arbetsplats och arbetstider dag för dag. Idag ser det annorlunda ut, alla av våra respondenter som har någon form av sysselsättning arbetar dagtid och på fasta tider.

Förutom det ansvar man har som arbetstagare, fanns det fem respondenter som upplevde att de hade ett ansvarsområde som var utöver det vanliga, kravfyllt eller att huvudansvaret låg på dem. Idag upplever alla att de inte har något större eget ansvar, för

⁴⁹ Brundin (2004)

några känns detta som en lättnad medan andra tycker det är kravlöst och de känner sig inte behövda.

Idag är en av respondenterna förtidspensionär, två arbetstränar 12 respektive 16 timmar i veckan, två jobbar halvtid, en är arbetssökande på en halvtidstjänst, en respondent är förtidspensionerad 50 % och arbetar halvtid, två arbetar 70 respektive 75 % och en arbetar idag heltid. Den respondent som uppbär helt sjukbidrag har en förhoppning om att återgå till arbete. De övriga som idag ej arbetar heltid är sjukskrivna resterande tid, förutom en som vid sjukskrivningstillfället arbetade 75 % och har därmed inte rätt till full ersättning av sjukpenning. Våra respondenter har varit sjukskrivna för utmattningsyndrom i varierande antal år. En av dem har varit sjukskriven till och från sedan 1986, resterande redovisas enligt tidsaxeln nedan.

<i>Antal år</i>														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
x		x	xx		x				x	xx		x		

X=Antal personer

Fyra respondenter har återgått till samma yrke fast tre av dem har idag andra arbetsuppgifter och tre arbetar på samma arbetsplats som tidigare. Åtta av respondenterna kan tänka sig att återgå till det yrke de hade innan, förutom två som funderar på att byta yrkesinriktning. Det som kan vara svårt vid återgång till sitt forna arbete är att inte orka eller klara av arbetsuppgifterna och stressen.

Respondent I: *"Jag älskar barn, speciellt små barn men jag vet inte vad jag har för resurser inom mig."*

Respondent G: *"Det man är lite rädd för är, att när man går på pumpen så hårt som jag gjorde är att jag faller dit igen. Jag är rädd att inte huvudet är med fullt ut. Att man upptäcker att man inte var riktigt redo. Att inte ha återhämtat sig tillräckligt. Men annars känns det bra att vara igång igen. Känner ingen rädsla."*

Respondent H: *"Känner mig stämplad av sjukskrivningen och är orolig för vad potentiella arbetsgivare skall tycka om min frånvaro på arbetsmarknaden. Jag finner det svårt att motivera detta, men anser att jag är en mycket bättre och nöjd människa att anställa idag, än då jag fick anställning för fyra år sedan."*

När respondenterna svarar vad de anser om kombinationen arbete och familj får vi varierade svar beroende på om de har barn och partner eller inte. Några ansåg att det är viktigt att kunna komma hemifrån och träffa andra. De som hade barn i mellanstadiet har erfarenhet att det inte alltid var en lyckad kombination och önskar att de hade haft mer tid för barnen.

Respondent D: *"Kräver mycket om man ska lyckas. Ingen bra kombination när man är ensamstående med barn."*

Respondent G: *"Funkar bra idag! Hinner hem och vila en stund innan barnen kommer hem. Förut sov jag bort tröttheten, nu räcker det med att bara ligga och vila. Drar hela lasset hemma själv. Nu när barnen börjar bli större blir det lättare. De går till och från skola själv."*

De förändringar respondenterna skulle vilja ha på arbetsplatsen är att det finns ett tydligt ledarskap, där chefen är lyhörd och de anställda blir sedda. Arbetstiderna skulle vara fasta och en högre personaltäthet, detta skulle leda till att det fanns tid för reflektion och eftertanke. Den sociala biten är viktig anser många, där det finns tid för de anställda att prata om arbetet eller gå ifrån sina uppgifter en stund för att umgås med varandra.

Respondent B: *"Jag vill känna mig mycket lugnare och att det är liksom inte hela världen, det här med jobbet, utan att det räcker att jag är som jag är. Jag behöver liksom inte hela tiden försöka prestera mycket, mycket mer än vad jag känner egentligen att jag kan. Utan att bara vara och göra det jag kan."*

Flertal av respondenterna har uppgett svårigheter med gränssättning vad gäller arbetslivet medan andra har haft svårigheter med gränssättning hemma. Några tycker att de har blivit bättre på att sätta gränser, men att det är något de fortfarande har svårt för. En respondent har berättat att hon kände en pliktökänsla som gjorde att hon sa ja fast hon ville säga nej. Hon kände outtalade förväntningar på sig från andra, hon ville vara till lags och inte stöta sig med någon. Det var enklare att säga ja än nej, det fanns en skuld och skam i att säga att hon inte orkade eller hade kraft nog. Hon uppger att hon levde i en illusion - att hon var den ende kvar efter det att alla andra hade blivit tillfrågade.

Respondent G: *"Jag har varit otroligt lojal. Det är bra att vara lojal men man skall kanske inte vara det till dumdristighet. Det jag egentligen känner är att jag ska kunna fortsätta med är, att kunna säga nej och inte ta på mig allting". "På arbetet kan jag säga, nej jag hinner inte med detta idag. Går det bra att jag tar det imorgon. Att jag liksom frågar, då förut sa jag alltid ja."*

Respondenterna skulle vilja göra mer än de gör idag, detta gäller både familj, hem och fritid. De uppger att orken inte räcker till, de respondenter som har barn prioriterar dem före hemmet.

Respondent F: *"Var inte hemma på helgerna. Ville göra mycket med sonen, skulle ha velat gjort det men hade inte orken. Idag är det jobbigt att höra från omgivningen när man är sjukskriven att - Du är ju hemma hela dagarna. Men man orkar ju inte. Det är ingen semester. Man får ingen semester när man är sjukskriven och arbetssökande. Är inte heller alltid så jättesocial."*

Respondent G: *"Får vara lite skitigt och lite damm hemma. Var pedantisk innan, speciellt efter skilsmässan för då skulle allt vara så bra."*

Respondent A: *"Det kan bli så att familjen blir lidande då man inte har krafter kvar, inte orkar. När jag var som sämst var jag väldigt trött då det ligger i det att man är deprimerad och sover mycket. Det är inte roligt för barnen när mamma sover på eftermiddagarna."*

Analys

Utmattningssyndrom/depression kopplas i många fall ihop med den offentliga arbetsmarknaden, där låg utbildning, personaltäthet som har minskat och arbetsbelastning ökat, skulle vara bidragande orsaker. Enligt Ferrada-Noli, finns det idag inte tillräckligt med empiri för att fastslå att arbetsrelaterad stress är den enda medverkande faktorn till långtidssjukskrivning. Det finns enligt honom ytterligare faktorer som medverkar till utmattningssyndrom/depression. Han menar att kvinnors och mäns skilda livssituation samt normala åldrandeprocess kan bidra till förhöjd känslighet för stress och utmattning. Vidare anser han att det kan finnas sociala villkor såsom låg utbildning,

bostadsproblem, ekonomiska problem samt existentiella brister som kan vara bidragande faktorer⁵⁰.

I vår studie har vi inte tillräckligt många respondenter för att kunna dra generella slutsatser för att kunna påvisa samband mellan ålder, utbildningsnivå och yrke bland respondenterna. Handläggaren på försäkringskassan har, även hon, inte sett något som tyder på att det skulle finnas några samband mellan dessa. Däremot finns det en överrepresentation av kvinnor som är långtidssjukskrivna med denna diagnos. Nio av tio arbetade inom det yrke de utbildade sig till och har kompetens inom sitt yrke, vilket har lett till att vi har dragit den generella slutsatsen att kompetens inte är huvudorsak till respondenternas utmattningssyndrom/depression.

Vid jämförelse av respondenternas arbetssituation fann vi liknande förhållanden i deras utsagor vad gäller övertid, oregelbundna arbetstider samt en benägenhet att vara engagerad och ta med sig arbetet hem vid arbetsdagens slut. Perski beskrev en studie där de kartlade sömnen hos personer i medelåldern och det visade sig att personer som hade störd sömn låg i riskzonen för utmattning. Dessa personer tog med sig arbetet hem i tankarna och tyckte att arbetet påverkade deras fritid i hög grad⁵¹.

Hälften av respondenterna upplever att ansvarsområdet de hade var utöver det vanliga, kravfyllt eller att huvudansvaret låg på dem. Den emotionella deprivationsprocessen tyder på att den enskilde töms på emotioner, som ger den enskilde kraft, vilket utmynnar i glädje, engagemang och medkänsla. Det är svårare att arbeta mot långsiktiga mål, då den enskilde uttöms på denna kraft med anledning av det som händer i arbetssituationen såsom nedskärningar, omorganisationer, konflikter och stegrade krav⁵².

De som hade barn i yngre tonåren uppgav att det var svårt att kombinera arbetsliv och familj. Många uppgav även att de saknade tid till reflektion, eftertanke samt samvaro med arbetskamrater både socialt och för att kunna diskutera arbete. Detta tas även upp i Jenner och Svensson, där det understryks att ökad arbetsintensitet i kombination med resultatinriktad styrning får konsekvenser för arbetarna i form av mindre tid för reflektion och erfarenhetsbyten på olika nivåer. Det är även i dagens samhälle svårare att kombinera arbete och familj. Detta beror på att gränserna mellan

⁵⁰ Ferrada-Noli (2001)

⁵¹ Perski (2006)

⁵² Eriksson, Starrin och Johanson (2003)

arbetsliv och fritid har suddats ut, där oregelbundna arbetstider och övertid har bidragit till svårigheter för enskilda att kombinera dessa två⁵³.

6.3 Upplevelsen av utmattningssyndrom/depression

Resultat

Alla respondenter har upplevt det som en jobbig period där orkeslösheten och tröttheten har varit det dominerande och sömnstörningar vanligt förekommande. Flertalet har upplevt ångest, både när det gäller att ta beslut, om de gjort fel eller rätt och några har känt ångest i att möta andra eller vara där det är mycket folk. Även fysiska symtom såsom klåda, värk och muskelspänningar är vanliga. Några upplever att sinnena har stärkts, de har blivit mer ljud- och ljuskänsliga. Andra har haft humörväxlingar utan yttre påverkan, medan en del har blivit mer känslösamma.

Respondent C: *"Det som var mest påtagligt var att det var svårt att komma igång med någonting. Hade inte lust med någonting och det spelade ingen roll om det var att städa eller om det var ut och fika med vänner. Vad det än var så hade man inte lust med någonting. Hade även svårigheter med att sova."*

Respondent A: *"Det blir så att man är instängd hemma i stort sett och vetskapen om att man ska till affären kan leda till ångest hela förmiddagen."*

Majoriteten av respondenterna anser att en bidragande orsak till att de blev sjukskrivna för utmattningssyndrom/depression är att "jobbet tog över". De tog med sig jobbet hem både tankemässigt och rent praktiskt. En av respondenterna uppgav att faktorerna endast var arbetsrelaterade och en annan respondent uppgav att det enbart varit privat- och relationsrelaterade faktorer. Övriga uppgav att orsakerna har varit multifaktoriella, d.v.s. både arbets- och privatrelaterade. Faktorerna har även varit av intern och extern art. För att belysa detta redovisar vi nedan faktorerna som respondenterna angav.

⁵³ Jenner och Svensson (red) (2003)

Arbetet tog över	6	Oförmåga att sätta gränser	2
Barndomsrelaterade	3	Huvudansvar för barn	2
Relationer	3	Eget krav att ta hand om barn	2
Arbetsbelastning	3	Eget krav på utbildning	1
Inte bli lyssnad på	3	Åsidosatte sig själv	1
Stress i arbetet	2	Sorg av anhörig	1
Huvudansvar för hemmet	2	Stort ansvar i arbetet	1
Huvudansvar för hushållssysslor	2	Ingen återhämtning	1

Respondent C: *"Att man inte blir tagen på allvar när man berättar om sin arbetssituation, utan man mer eller mindre lägger det tillbaka på den personen som berättar om sin situation, exempelvis att det är upp till dem eller deras eget fel."*

Respondent G: *"Chef som inte kunnat se eller kunnat avlasta. Bad om hjälp, men fick ingen. Ville arbeta i lugn och ro, fanns möjlighet att ta med sig arbetet hem, men chefen sa nej. Chefen såg inte hur stressad jag var. Viktigt med en chef som är lyhörd."*

De flesta respondenter har upplevt att omgivningen har varit förstående, det gäller både familj, vänner och arbetskamrater. Några har dock upplevt att omgivningen har varit oförstående och nedvärderande. De har även upplevt att människor omkring har ansett att "de har haft det bra", "haft semester", som gått och varit hemma. Själva tror de att det beror på att utmattningssyndromet inte är ett "synligt" sjukdomstillstånd.

Respondent A: *"Jag har fått stöd, stöd från alla. Detta är en förutsättning för att man skall kunna komma tillbaks eftersom man är känslig. Man har alla tentakler ute och lyssnar och hör. Skulle man höra eller känna att man inte var välkommen så tror jag inte att man skulle orka komma tillbaka."*

Respondent F: *"Många har inte förstått. Många säger sig ha haft det, men kommit tillbaka efter en månad, svårt för andra att förstå. Har till och med läkare svårt att förstå. Många har nog ändå förstått situationen, mycket omkring, jobbet, sonen. Men många tror att man har haft det bra hemma och har semester."*

Respondent G: *"Den stora tösen har förståelse. Har haft det väldigt jobbigt när mamma varit sjuk. Sonen har inte samma förståelse och har uttryckt att - mamma på kvällarna har du ingen humor."*

Analys

Respondenterna har under utmattningssyndromets/depressionens första tid upplevt en enorm trötthet, diverse kroppsliga och psykiska symtom. Perski benämner två områden som är gemensamt för de flesta som drabbats av utmattning. Det ena är upplevelsen av trötthet och orkeslöshet, vilket inte går att vila bort. Kognitiva begränsningar (förmågan att använda sitt förnuft) är det andra och ofta upplevs som hämmande. Han beskriver att individens upplevelse är att kroppen är tömd på energi. Det kan upplevas som att man är blockerad från att ta in ny information eller utsättas för nya påfrestningar. Korttidsminnet är stört och man glömmer lätt av triviala vardagssysslor. Överkänslighet kan även förekomma mot ljud och ljus. Man tappar tidsuppfattningen och kan prata osammanhängande, då man förlorar begrepp och uttryck.

Utmattningen kan utmynna i somatiseringssymptom, där psyket påverkar kroppen. Några kan t.ex. uppleva domningar i kroppen, som påminner om förlamning. Psykiska reaktioner kan förekomma och yttra sig i extrem känslolabilitet, kort stubin och känslolabilitet, ångestproblematik och känslan av nedstämdhet eller sorgsenhet. Dessa symptom är en reaktion av att psyket har varit utsatt för långvarig påfrestning och leder till olika störningar i vår anpassningsförmåga. Det kan i sin tur kopplas tillbaka till ständig avbruten eller utebliven djupsömn⁵⁴.

Förutom två av respondenterna, som har uppgivit att de bidragande orsakerna till utmattningssyndromet/depressionen har varit arbets- eller relationsrelaterade, kan vi konstatera att faktorerna är multifaktoriella. De arbetsrelaterade har vi redan tagit upp under rubriken utbildning och arbete. I livet går individen igenom kriser av olika slag, som är kopplade till traumatiska händelser samt även naturliga inslag under de olika livsfaserna⁵⁵. Några av respondenter har tidigare genomgått svåra kriser och anser att dessa har påverkat dem och blivit en betydande faktor, vilket lett till att de drabbats av utmattning. Respondenterna uppger olika faktorer som utlöst stress dagligen hos dem. Den negativa stressen har varit ett dominant inslag, då individen har varit under stor press. Respondenterna uppger att stressen har berört olika livsområden som arbete, relationer, familj och egna krav där tiden inte har räckt till. De har haft för många uppgifter att utföra eller varit utsatta för andra påfrestningar som varar över lång tid⁵⁶.

⁵⁴ Perski (2006)

⁵⁵ Cullberg (1996)

⁵⁶ Larsson och Joelsson (2005)

Stressen har varit långvarig och det har inte funnits utrymme för att återhämta sig och har många gånger blivit skadlig för kroppen. Respondenterna har befunnit sig i ett läge där det finns ytterst litet utrymme för att varva ner och bara vara. Stressen som har pågått under lång tid resulterade slutligen i att de hamnade i *utmattningsfasen*⁵⁷.

6.4 Coping

Resultat

När respondenterna fick diagnosen utmattningssyndrom/depression reagerade de på olika sätt, det väckte känslor som ledsenhet, förvirring, förnekande och lättnad. Några förstod inte riktigt, de kände sig bara trötta och tyckte sig behöva vila bort tröttheten. De ansåg att diagnosen var nedvärderande och ett nederlag. Två respondenter kunde ta till sig diagnosen direkt, medan åtta hade svårt att acceptera den. Fyra respondenter upplever fortfarande, trots att det har gått flera år sedan de fick diagnosen, att de har svårt att acceptera den.

Respondent D: *"Jag bröt ihop vid beskedet. Jag hade kört på med full fart hela tiden. Jag föll som en fura. Jag accepterade det efter ett tag, men hos doktorn ville jag först inte acceptera det, men doktorn övertalade mig."*

Respondent F: *"Har haft svårt att ta till mig detta, säger inte gärna detta till andra. Det är lättare nu. Säger inte vad jag är sjukskriven för. Känner mig inte sjuk sjuk."*

Respondent H: *"Ville inte alls acceptera att jag var utmattad. Såg det som ett nederlag och en förskräcklig, ruggig och hemsk upplevelse. Grät mycket den första veckan och tyckte inte jag gjort mig förtjänt av stämpeln depression. Efteråt inser man hur viktigt det är att bli värdigt bemött av myndighetspersoner. Har känt mig sårbar och livegen. Jag har inte trivts med bidragssystemet och har känt mig ifrågasatt. När debatten har förts av media har man känt sig påhoppad av kritiken bidragsfusk och tagit mycket illa vid mig. Tycker inte att man ska dra alla över en kam. Har idag en förståelse för hur det är att vara utsatt t.ex. invandrarfientlighet. Det är när man upplever det själv, som man förstår hur kränkande det är."*

⁵⁷ Brundin (2004)

Respondent I: *"Det är svårt att reagera på något som man inte vet vad det är. Hade svårt att acceptera sjukdomen. Det är svårt att acceptera det när man inte orkar göra något. Det har hänt att jag blev ledsen."*

Respondenterna uppgav att det positiva med att få utmattningssyndrom/depression är att de tvingats omvärdera sina liv. De lever med ett lugnare tempo och är lugnare inombords. Familjen har fått en större betydelse. Majoriteten uppgav att de "lärt känna" sig själva och har blivit bättre på att sätta gränser för sig själv och sin omgivning. Respondenterna upplever en större förmåga att njuta av livet i sig och de har lärt sig uppskatta "det lilla". De är mer observanta på hur de mår, både psykiskt och fysiskt, vilket har lett till att de idag tar hand om sig själva på ett annat sätt. Några uppger att de öppnat upp sig själva, de tillåter sig att visa känslor och att gråta utan att tycka det är ett tecken på svaghet. De har även visat sitt inre för ett fåtal människor, som de låtit få komma nära.

Respondent A: *"...samt också lite halvbanalt som alla som har varit sjuka säger, att man ser på ett annat sätt på livet. Man gör faktiskt det, jag kan gå ut med min hund och bara titta på blommor, den blå himlen och tänka vad lycklig man är som ändå kan gå och känns så."*

Respondent D: *"Är mer lugnare, en mer vettig livsform. Njuter mer av livet, var mer måsten och krav innan trodde man. Det man trodde att det förväntades av en. Får en bättre självkänsla efter en sådan sak. Att det räcker de krav man ställer på sig själv. Vilka skyldigheter och rättigheter man har på jobbet. Vad som är möjligt? Måste lära sig för att veta vilka krav som är rimligt för sig själv. Ställa upp för andra, hjälpa är roligt, är min livsstil. Är bättre på att sätta gränser vid behov. Har begränsad tid, behov av egen tid. Svårt att säga nej till vissa vänner. Har fått en möjlighet att vara lugnare och kunna njuta av livet på ett annat sätt."*

Respondent H: *"Har lärt mig att uppskatta det lilla, lärt känna mig själv, mina gränser, mina känslor och begränsningar. Känner mig friskare idag än när jag var "frisk" och har ett sundare förhållningssätt. Uppskattar saker på ett barnsligt vis. Mycket är spännande och livet fascinerar, speciellt med tanke på den känslomässiga utvecklingen som skett hos mig. Det är läskigt, men spännande och det är inte farligt att gråta som man trodde innan."*

Respondent J: *"Har blivit mer observant, låter mig inte tryckas ned. Lärt mig hantera stressen på ett annat sätt. Har lärt mig lyssna till kroppens signaler bättre, den säger alltid ifrån."*

Respondenterna uppger att det negativa med utmattningssyndromet har varit den ofantliga orkeslösheten/tröttheten, de har inte orkat med hem och barn. Detta har upplevts av några respondenter som svårt för barnen, de har inte haft en mamma som orkat fullt ut. Samtliga uppger att de har en mycket låg toleransnivå för stresspåverkan.

Respondent D: *"Klarar inte av stress. Erfarenhet man inte behövt. Reagerar känslomässigt på små saker. T.ex. en negativ kommentar, blir ständigt påmind, behövs så lite, för att känslan ska komma tillbaka."*

Innan utmattningssyndromet/depressionen upplevde några av respondenterna att de kunde hantera stress och bli mer effektiva vid stresspåverkan. Det var den negativa stressen som var svår att hantera. Den bestod av obefogad kritik och hög arbetsbelastning, Andra ökade på tempot vid stresspåverkan utan eftertanke.

Respondent D: *"I allmänt hanterar jag stress - att jag laddar upp för vad som skall hända, under kör jag maxat och efter blir jag utmattad. Det är som att åka berg- och dalbana. Kraven kommer och jag kör på och blir utmattad efteråt. Tar minnet först, närminnet, kommer inte ihåg, pratar osammanhängande. Innan hade jag inga problem med stress. Klarade det bra. Kunde hantera det. Hade stress under vissa situationer. Normal stress."*

Respondent F: *"Hanterade inte stress alls. Blev förbannad och irriterad. Hanterade gjorde jag nog inte."*

Under sjukdomstillståndets första kritiska skede upplevde respondenterna en oförmåga att hantera stress över huvud taget, de kände sig orkeslösa. Tröttheten och utmattningen regerade och de tog sig inte för med något, utan drog sig undan.

Respondent C: *"Var inte alls effektiv. Det blev mer så att man skärmade av och drog mig inom mitt eget skal på något sätt. Kunde sätta mig och spela spel på datorn istället för att ta tag i grejerna."*

Respondent D: *"Under gick det inte, satt ner och stirrade i väggen, gjorde ingenting eller bröt ihop - skulle inte klara det."*

Respondenterna upplever en större medvetenhet idag och att de är mer eftertänksamma. De försöker undvika stressfyllda situationer eller hitta andra vägar att hantera dem på. Somliga har börjat träna och äta rätt, planerar och tränar mentalt inför saker eller väljer att ta det som det kommer. Några använder sig av andningsteknik för att dämpa sin oro och ångest. Samtliga uppger att de hela tiden försöker förbättra sitt sätt att hantera stressen på. De försöker prioritera vad som är viktigt eller inte, värderar andra saker, att vara här och nu och kunna stanna upp, tänka positivt och att de duger som de är.

Respondent B: *"Jag försöker tänka efter vad, hurdan tillvaro det skulle kunna finnas som gör att jag känner mig så, att jag bara är liksom här och nu, att jag inte stressar upp och så, men jag hittar inte det."*

Respondent C: *"Tar åt mig på ett annat sätt än vad man gjorde då. Får prestationsångest, att det ska göras och tänker mycket mer hur man ska göra det istället för att bara göra det och det är på gott och ont. På gott är det att man är mer reflekterande innan jag handlar och på ont är det att man inte får så mycket gjort som man fick innan, om man kan kalla det ont."*

Respondent D: *"Idag försöker jag undvika stress. Planerar för att undvika. Blir fokuserad på problemet, finns inget annat jag ser, efteråt helt utmattad. Handlar utifrån det som krävs, men faller efteråt. Lite ångest kan komma. Inget är riktigt normalt som förr. Är eftertänksam vad hände, hur kunde jag ha gjort annorlunda, rätt/fel, reagerar instinktivt. Funderar man om det var det här man ville ha gjort. Planerar mycket, försöker inte oroa mig för saker i förväg. Tar det som det kommer. Blir en sorts blockering inför vad som komma skall, nyttig sådan. Man vill inte veta. Förr planerade jag långt i förväg, vilket ledde till stress."*

Respondent H: *"Nu förstår jag att kroppen fungerar som en kompassnål och istället för att ta en värktablett mot t.ex. huvudvärk stannar jag upp och funderar över anledningen till huvudvärken, om det är medicinskt, stress eller oro och sedan ta ett beslut utifrån detta. På det sättet blir kroppens reaktioner som ett uppslagsverk."*

Analys

Många av respondenterna uppgav att innan de uppsökte sjukvården för sina symptom eskalerade stressen och påfrestningarna, vilket de inte hade kontroll över. Respondenterna har haft svårt att ta till sig diagnosen utmattningssyndrom/depression, förutom två som sedan tidigare hamnat i utmattning. Gullacksen tar upp livsomställningsprocesser, där individen försöker hålla kvar den bild man har av sig själv och hur man fungerade. De har en förhoppning om att vila ska vara vägen tillbaka till ett normalt fungerande liv. Efterhand får man insikt som kan ge upphov till en sorgprocess, där man saknar den man var innan och känner en oro inför framtiden. Vissa av respondenterna har haft svårt att hålla kvar bilden de hade av sig själva, då de inte hade kraft att upprätthålla den. Genom kognitiv terapi har många lärt sig hantera sin situation och kunnat genomföra nödvändiga förändringar i sina liv. De har lärt sig förändra sitt tankesätt och därigenom sina handlingsmönster. De har gått från att använda sig av överlevnadsstrategier och dysfunktionella handlingsmönster till att använda sig av långsiktiga strategier. Genom att lära känna sig själva och träffa andra i samma situation har de fått kunskap, vilket ger nya verktyg för att hantera de nya livsvillkoren⁵⁸.

Vad som är tydligt är att respondenterna har omvärderat sina livsvärden och inställningen till arbetet efter den svåra period de har gått igenom. De ger uttryck för att det är familjen och nära relationer samt att uppskatta det lilla i livet, som prioriteras framför arbete. Sjukdomstillståndet har bidragit till en större kännedom om sig själva, sina gränser och vikten av att ta hand om sig.

6.5 Rehabilitering

Resultat

På frågan vilken hjälp respondenterna har fått från försäkringskassan har de skilda upplevelser av hur kontakten sett ut och vilken hjälp de har fått. Några anser att de ej har fått något stöd, medan andra anser att de har fått stöd, hjälp och förståelse. I försäkringskassans regi har de förutom den ekonomiska biten blivit hänvisade till projekt, som vänder sig till personer med utmattningssyndrom/depression. Däremot upplever åtta respondenter att de inte fått tillfredsställande information om vad de har

⁵⁸ Gullacksen (1998)

rätt till. En respondent anser att hon har blivit ifrågasatt kring sin sjukdomsbild av försäkringskassan, två respondenter har haft positiva erfarenheter i kontakten.

Respondent C: *"Frågade försäkringskassan om de kunde bidra med hjälp, men de menade som så att jag inte var tillräckligt sjuk. Fastän jag hade en diagnos. Jag såg pigg och frisk ut. Man kan inte sitta där och fläka ut sig, är inte sån som person. Det går inte. Tycker att de kan lyssna på ens ord, på vad man säger."*

Hälften av respondenterna har haft ytterligare insatser från sjukvården i form av samtalsterapi, psykiatrisk hjälp samt medicinering. Fem respondenter är delaktiga i ett projekt, där har de fått hjälp med enskild samtalsterapi, gruppterapi och arbetsträning. Flertalet respondenter anser att hjälpen skulle ha satts in i ett tidigare skede och att den hjälp de fått ej är tillräcklig. Det de flesta hade önskat är ytterligare samtalskontakt i form av kognitiv terapi, en samtalskontakt som inte grävde bakåt och samtal med psykiatriker.

Respondent H: *"När anställningen upphörde fick jag på egen hand leta upp en psykoterapeut. Detta hjälpte mycket då man kände sig vilsen. Kostnaden fick jag stå för själv med hjälp från släktingar och vänner. Rasade ihop på alla fronter. Hade en prestationsinriktad självuppfattning och såg mitt eget värde i just detta. I och med sjukskrivningen blev jag orkeslös och hamnade i en identitetskris. Klarade inte av det som var jag längre. Terapin lärde känna mitt riktiga jag på fler områden, att kunna ta det lugnt och se mitt värde genom att bara vara."*

Några upplever att de behöver ytterligare stöd i att kunna sätta gränser, hjälp med de grundläggande behoven, mental träning, fysisk träning, kosthållning, bygga upp självförtroendet och för att komma framåt. En återkommande känsla hos samtliga respondenter är att de fått tagit reda på saker själva och att det tar en massa energi. Några respondenter hade önskat att det fanns ett ställe att vända sig till, där man hade fått hjälp och stöd i vart man skall vända sig eller hjälp med att fylla i papper.

Respondent D: *"Ja, har fått den hjälp jag behöver. Inte pallat med mer hjälp. Terapin hjälpte. Fick andra problem. Kommer inte ihåg vad, men vet att tanken - måste vara stark för att vara sjuk, fanns i huvudet. Krävs mycket att vara sjuk. Grunden måste starta hos en själv för att få hjälp. De serverar inte med hjälp. Det man måste göra för att få hjälp tar kraft. Det är så samhället är uppbyggt, att man måste söka själv."*

Samtliga hade känt sig orkeslösa, de hade inte klarat av att ta hand om hushållssysslor och barnen. En stand-in i form av hemtjänst, stödperson och ett utökat nätverk fanns bland det respondenterna önskade hade funnits. En respondent kände sig ensam i sitt sjukdomstillstånd och hade velat ha ett stödnät, där det fanns andra i hennes situation med liknande erfarenheter och som kunde ha talat om att detta tar tid.

Respondent D: *"Har saknat ett ställe som hjälper till med papper och telefon. Krävs mycket initiativ från den som är sjuk. Behöver en mamma som när man är under 18. Velat haft en stand-in. Behövt hjälp med någon som tar över vissa delar. Krävde inte så mycket av familj och vänner eftersom det var mitt ansvar. Barnen, hemmet, orkade inte alltid med. Önskade att någon hade gått in."*

Respondent H: *"Eftersom sjukdomen tar så mycket energi har man saknat någon att kunna ringa för att veta vart de resurserna och instanserna finns som man behöver. Krafterna räcker bara till så få saker att man inte orkar med att göra mer än en sak per dag. Drömmen hade varit att få hemtjänst för att få hjälp med vardagssysslorna. Det har varit kaos."*

Analys

Det gemensamma för majoriteten är att de anser att de inte har fått tillräckligt med information från Försäkringskassan. Vi finner det anmärkningsvärt att det finns en brist, då information kring vilka rättigheter som gäller för den sjukskrivne inte når fram till den berörda. Respondenterna framhåller att de har fått ta reda på mycket själva, var det finns hjälpinsatser att tillgå samt hur de ska gå tillväga. Några saknar en plats att mötas på, där man kan ventilera frågor och utbyta erfarenheter med dem i samma situation. Respondenterna uppger att terapin har varit mycket värdefull och många har en önskan om fortsatt samtalsterapi. Även om de anser att de kommit en bit på väg behöver de ytterligare hjälp med att kunna sätta gränser, förbättra självförtroendet och för att komma vidare i sin bearbetning.

Den kognitiva terapin benämner två typer av mönster, som visar sig hos individerna med bl.a. utmattning. Det mönster som stämmer bäst överens med respondenterna är *individualitet/autonomi*, vilket omfattar personer som har ett stort behov att vara självständiga och utvecklar egna normer om vad som är acceptabelt. De karaktäriseras av att vara självständiga och inte vilja ha någon inblandning eller intrång från andra

samt att inte ha begränsningar. Det ledande temat "att göra" har vi sett hos våra respondenter, där de är sämre på att delegera och anser att det är bäst om de utför sysslorna själva. Ett dysfunktionellt tankesätt tillsammans med att upprepade gånger utsättas för situationer, där man misslyckas ideligen och inte kan påverka utfallet hur man än försöker, kan leda till utmattning. Kognitiv terapi baseras på att ersätta dysfunktionella tanke-/handlingsmönster med mer funktionella. Personen skall lära sig få insikt om sina begränsningar och känna igen kopplingar mellan tanke, känslor och beteende⁵⁹.

Respondenterna har uttryckt en önskan om att åtgärderna skulle ha satts in i ett tidigare skede. De har upplevt att om de varit oförmögna att återgå till arbete eller börjat arbetspröva på grund av sin utmattning, så har inte resurser kunnat tillgås. Det är då sjukvården som fått ta över ansvaret, men på grund av knappa resurser har det varit näst intill omöjligt att få hjälp. Om de då inte har haft en arbetsgivare som gått in och betalat eller haft egna medel, står man utan hjälp. Perski och Grossi kunde utifrån en studie som de genomfört dra slutsatserna att passiv sjukskrivning i kombination med eventuell medicinering inte är tillräcklig. Den grupp som fick behandling visade markanta förbättringar gällande symptombilden och återgång till arbete, i jämförelse med den grupp som inte fått behandling under samma period. Perski och Grossi tycker att det är anmärkningsvärt att det inte systematiskt sätts in åtgärder under tidigare stadier⁶⁰.

6.6 Relationer till familj, släkt och vänner

Resultat

Två av respondenterna levde ensamma, två levde tillsammans med partner utan några hemmavarande barn, tre var ensamstående med barn och tre levde i en kärnfamilj med hemmavarande barn. Fem av dem som levde tillsammans med partner eller med barn upplevde att de hade huvudansvar för hem och familj. Tre av respondenterna uppgav att de var nöjda med ansvarsfördelningen, andra var ej nöjda och detta berodde på att barnen inte hjälpte till i den utsträckning de hade önskat. Några uppgav att de inte hade något val, detta gällde de som var ensamstående med barn. Flera uppgav att de inte hade orkat ställa krav när sjukdomstillståndet var som värst, vilket ledde till att barnen inte fick delegation på hushållsuppgifter. Många av respondenterna upplever att hemmet är det som har fått stått tillbaka på grund av att de inte orkade. Några respondenter

⁵⁹ Perris (2005)

⁶⁰ Perski och Grossi (2004)

uppgav att barnen hade fått bli mer självständiga på grund av att de inte hade orkat vara mamma fullt ut. I övrigt upplever de flesta att de fått stöd från familjen. Förhållningssättet gentemot varandra inom familjen har förändrats. Det som idag prioriteras är gemenskap, delaktighet och lyhördhet. De stödjer och hjälper varandra, tempot har blivit lugnare och familjen viktigare.

Respondent A: *"Har fått stöd hela tiden av min man. Han har inte gjort någon stor sak av det, utan tagit det som, jaja nu har det hänt och det är som det är. Tycker inte att det har skett någon förändring i attityden hos barnen. Barnen har ändå förstått att det har varit någonting som man inte kunde hjälpa."*

Respondent C: *"Var ensamstående och tog hand om allting som städ, tvätt, laga mat osv. men det är något som man växer in i, det måste gå. Det är sedan när man tittar tillbaka som man kan tänka på hur sjutton man klarade det. Det funkade."*

Respondent D: *"Jag är vuxen och barnen är barn. Gör allt själv. Kunde inte ställa krav när det var som värst eftersom jag inte orkade själv. Nu är det belöningssystem och veckopeng. Avdrag om de inte gör det de ska. Ansvar är fortfarande mitt. Då hade jag någon jag levde med, men är ensam idag. Prioriterar en annan sorts samvaro, mer gemenskap, pratar om bra saker istället för att vara en sträng mamma, som ger tillsägelser hela tiden. Mer delaktighet i diskussioner, en annan lyhördhet. Diskuterar fram en lösning på konflikter. Handlar mer om hjälp och stöttning idag."*

Flertalet respondenter uppger att de hade en bra relation till sin släkt och sina vänner innan utmattningssyndromet/depressionen slog till. Andra reflekterade inte över vad viss vänskap gav dem utan många kontakter var på det ytliga planet. När de insjuknade började de sortera bort vänner som ej gav så mycket. Några respondenter uppgav även att föräldrar och syskon tog mycket energi och att de var för involverade i deras liv, vilket påverkade dem negativt. Under utmattningen orkade de ej upprätthålla de sociala kontakterna och isolerade sig en period. Några respondenter uppgav att de endast haft ett fåtal personer som har varit med dem hela tiden och gett stöttning. Nu när respondenterna har kommit en bit på väg i sin återhämtning har de prioriterat bort vissa kontakter. Några har släppt in ny bekantskap där relationen upplevts som mer kvalitativ än några av de "vänner" de haft innan. Andra har valt att kapa banden till sin uppväxtfamilj eftersom dessa kontakter har upplevts som destruktiva av respondenterna. De som har valt att ha kvar relationer eller återupptagit kontakter, som tidigare hade

varit destruktiva eller kontrollerande, de har respondenterna blivit mer gränssättande gentemot. De har visat en tydligare bild av sig själva och vågat vara obekväma. Respondenterna som hade haft en bra relation sedan tidigare med framförallt sin uppväxtfamilj, uppgav att kontakten har fått en djupare och mer personlig prägel. De samtalar mer kring känslor och tankar idag än innan.

Respondent A: *"Det som sker under tiden man är sjuk är att man inte orkar med några relationer, man orkar inte ringa upp kompisar, orkar inte ta kontakter över huvud taget. Så då blir det ju väldigt begränsat, väldigt lite kontakter."*

Respondent C: *"Det enda som har förändrats är det med att ungarna inte tycker att jag är lika utåtriktad längre så som man var, men trivs rätt bra med att vara hustomte."*

Respondent D: *"Relationen till mina föräldrar och bröder har alltid varit mjuk, förstående, bra gemenskap i familjen, alltid funnits där. Nu på ett djupare plan, mer personligt, pratar mer om känslor och tankar. Kan även prata om det jobbiga. Alltid varit bra men på olika nivåer. Gäller även vänner. De som inte respekterade, detta var inte mina vänner, numera räknas de som bekanta."*

Respondent F: *"Mamma bodde nästan hos oss. Har fått en närmare relation, har behövt hjälpen med sonen och pengar. Nu när vi flyttat träffas vi inte lika ofta, hon bor två mil bort, men vi pratar med varandra på telefon varje dag. Sambon mår inte så bra själv. Deprimerad efter separation. Tycker att han borde förstå. Men om jag kräver det blir det stopp. Blir jobbigt om man har förväntningar på stöd och man inte får något."*

Respondent H: *"Har nu efter sjukskrivningen blivit lite mer obekväm mot mina föräldrar. Vågar säga ifrån och säga obekväma saker. Visar en tydligare bild av mig själv. Föräldrarna har känt sig skyldiga för att deras dotter gick under isen. Har tidigare blivit varse om saker och ting än föräldrarna. Tror att jag har ärvt självstark efter min pappa - man ska klara sig själv."*

Respondenterna uppgav att innan de blev sjuka tog de på sig en roll av att vara den som "fixade" allt, de var pådrivande och påhittiga. De var även hjälpsamma mot alla och kände sig starka. Inte sällan hade respondenterna en stöttande funktion och lyssnade på sina vänners problem. Idag har de ett annat förhållningssätt, där de sätter upp gränser och säger ifrån när de inte orkar. De upplever att de inte längre är lika pådrivande som

förut. Flertalet har kapat bandet till vänner som de under sjukdomstillståndet inte upplevde var vänner i den bemärkelsen som de hade trott. En respondent känner sig idag osäker och svag bland sina vänner, där hon tidigare upplevde sig själv som stor och stark.

Respondent C: *"När det gäller vänner har jag nog dragit mig tillbaka lite. Är inte den som ställer upp i alla väder som man gjorde förut. I den vevan blev det tydligt vilka som var mina vänner och inte vänner. Om det ska fortsätta vara en relation så måste den andra personen också förändras. Det är så för annars spricker det."*

Respondent E: *"Det infinner sig en sorg, att säga adjö till vissa saker. En del vänner betedde sig underligt och dessa finns inte längre kvar i mitt liv. Bekantskapsvänner skall ge något och inte vara ytliga."*

Respondent F: *"Drar till mig personer som behöver hjälp. Läger mycket på mig själv. Mår piss när jag träffar vissa. Får aldrig något tillbaka, bara ger och ger. Kapat många relationer till vänner. Klippt bort mycket och valt familjen. Mår man inte bra är man inte social."*

Respondent G: *"Har alltid hittat på saker. Ordnar, det ordnar jag. Tar inte lika mycket initiativ själv längre. Ett par av dem som jag trodde var riktiga vänner finns inte längre. De tycker inte man är lika rolig längre. Om jag inte tog kontakt blev det inte någon kontakt. Då tog de heller inte kontakt, men ifrågasatte varför jag inte hörde av mig mer. De som stod allra närmast står fortfarande kvar."*

Respondent H: *"Tidigare hade jag den självpåtaga rollen som den fantastiska människan som ingenting är omöjligt för och som har lösningen på allt. Lite av storhetsvansinne. Var överdrivet omhändertagande. Idag upplevs jag som mänsklig på ett annat sätt. Har blivit mycket lugnare och lättare att umgås med än förr"*

Respondent J: *"Innan jag blev sjuk hade jag en ledande roll i bekantskapskretsen. Var den som var stor och stark bland bekanta och vänner. Nu efteråt känner jag mig osäker och svag gentemot dem och har tappat självförtroendet."*

Analys

I vår litteratur har vi inte hittat så mycket som behandlar relationerna kring den utmattade, såsom familj, släkt och vänner. Samhället har förändrats sedan bondesamhället, vilket var uppbyggt kring storfamiljen. Efter industrialiseringen förändrades bilden och blev mer individualiserad. På senare tid lever fler ensamma med eller utan barn samt i parrelationer som samboende. Det sociala stödet har urholkats kring individen och det har medfört att denne har blivit mer sårbar. Kvinnor och män drabbas olika av stress, det är sedan tidigare känt att kvinnor drabbas i högre grad än män. Kvinnor tar på sig många olika roller där bl.a. upprätthållande av relationer är viktiga samt har höga krav då det gäller hem och arbete. En vanlig tendens hos kvinnan är att tillgodose andras behov, där de känner outtalade krav och sätter sig själva i andra hand. Genom att de nonchalerar sina egna behov leder det till, att de vid trötthet har en förmåga att överanstränga sig för att klara av omgivningens förväntningar⁶¹.

De respondenterna vi har intervjuat har upplevts av oss som självständiga, starka och tåliga kvinnor. De har haft svårt för att låta andra ta ansvar för deras uppgifter i hemmet och i arbetet har de velat göra bra ifrån sig och känna att de gör nytta. Deras krav på sig själva har varit höga, där de tagit på sig mer än vad som kan anses ha varit rimligt. Det har funnits en lojalitet och plikt känsla inför arbetet. De flesta har varit nöjda med familjens förståelse, däremot har de saknat stöd i de dagliga sysslorna vad gäller barnen. Vi har analyserat kring detta och kommit fram till följande: Kvinnorna har haft svårt att delegera, då de ansett att det har varit bättre att utföra sysslorna själva. Det har varit mer tidseffektivt och blev som de själva ville ha det. Under utmattningens värsta fas orkade de inte ställa krav eller tjata på barnen att de skulle utföra sysslor. Någon har uppgett att detta berodde på att hon själv inte orkade göra något och kunde därför inte ställa krav på barnen. Idag så vill de uppnå en förändring i ansvarsfördelningen, där barnen sköter sina sysslor eller tar egna initiativ.

Som vi tidigare nämnt har respondenterna omvärderat sina liv, det gäller även förhållningssätt inom familjen, mot släktingar samt vänner. Idag är samtliga mer restriktiva i valet av vänner. Vänskapen har fått en djupare innebörd, där de samspråkar mer kring känslor och tankar. Vi tror att personer som genomgått svårigheter i livet värdesätter relationer av djupare karaktär. Det ytliga som tidigare präglade en del av respondenternas relationer är idag betydelselösa.

⁶¹ Eriksson, Thorzén, Olivestam och Thorsén (2004)

Majoriteten har blivit observant på hur de har satt gränser gentemot sig själva och andra. Förr låg mycket av ansvaret på dem när det gällde att upprätthålla relationer, vi upplever att de gav av sig själva utan att få lika mycket tillbaka. Under terapins gång har våra respondenter fått insikt om vikten av att kunna sätta gränser. De uppger att de har blivit bättre på detta, men har behov av att ytterligare kunna vara mer gränssättande. Kelly menar att människan är fri att konstruera sin egen verklighet och integritet. Vidare anser han att individen är ansvarig då hon formar sin egen verklighet. Individen är själv ansvarig då hon har kontroll över sin personliga sfär⁶².

7 DISKUSSION

I takt med att tempot rör sig allt snabbare, blir det mindre tid för reflektion och eftertanke. Det är lätt att människor dras med i det allt högre tempot, samtidigt som arbetsbördan ökar och personaltätheten minskar. Under dessa förhållanden med fler krav och stressfaktorer som berör individens olika livsområden, är det lätt att överskrida sina gränser. Kvinnorna i vår studie var innan sjukskrivningen starka, plikttrogna, lojala, ansvarskännande och driftiga till sin natur. Vi har under skrivprocessens gång sett att det funnits en känsla av otillräcklighet hos respondenterna. Deras utsagor påvisar svårigheter att kombinera egna och outtalade krav i arbete, hem och fritid.

Under utmattningssyndromets/depressionens mest mödosamma period gavs det uttryck åt en överväldigande trötthet, vilken inte kunde vilas bort genom sömn. Perski beskriver hur djupsömnens funktion är rubbad hos personer med utmattning och dess konsekvenser är att de har en ständig avbruten eller utebliven djupsömn⁶³. I början av sjukskrivningsperioden har vi funnit att respondenterna har haft ett behov av att isolera sig en tid, då utmattningen härskade. Genom vårt intervjumaterial har det varit påtagligt att återhämtningsprocessen tar lång tid och de flesta är i ett framskridet skede i sin återhämtning. Det som tycks vara en kvarleva efter insjuknandet är att många har utvecklat en känslighet för stress och har idag en lägre stressnivå.

Genomgående positiva erfarenheter hos respondenterna är att de har fått tid till reflektion och eftertanke, där de har fått möjlighet att omvärdera livet i sig, de relationer de har haft och tankar kring arbete. Vi upplever att efter det att man har genomgått en svårighet, börjar man värdesätta och prioritera det som är viktigt för en själv. Familjens

⁶² Tamm (2002)

⁶³ Perski (2006)

behov och önsknings är det som kommer i första hand, medan andra utanför familjen inte upptar lika mycket tid och engagemang längre. Vi har funnit att respondenterna har omstrukturerat sina liv, där städning, dra igång saker, hjälpa och att finnas till för andra har minskat i omfattning för att ge utrymme till egen tid. Den använder de till promenader och att bara vara hemma, där de funderar kring hur deras liv har sett ut och hur framtiden kommer te sig. Mycket handlar dock om att få självkännedom, vara i nuet och njuta av livet. Våra respondenters livsföring idag säger oss att det är något vi bör ta efter, då den verkar vara mer sund än det stressiga liv många av oss lever. Frågan vi ställer oss är hur vi kan ta lärdom av detta utan att själva ha drabbats av utmattningssyndrom/depression?

Majoriteten av respondenterna har uppgivit att informationen har varit bristfällig, då de inte anser sig ha fått tillräcklig vetskap om vilka rättigheter de har. Vi finner detta anmärkningsvärt och ställer oss undrande till detta. Var brister det i kommunikationen mellan myndighet och klient? Många har upplevt att de har fått hjälp för sent och att den inte har täckt deras behov. Att vara passivt sjukskriven under en lång period utan att sätta in åtgärder, anser vi inte vara till gagn för den enskilde. Vi anser således att generella insatser borde sättas in även om individen inte har kommit till det stadiet, där den är redo att börja arbetspröva. Det som samtliga har funnit vara värdefullt är samtalsstöd under sjukskrivningen. Den dominerande samtalsformen bland respondenterna har varit kognitiv samtalsterapi och de anser att den har varit till hjälp för dem. Genom den har de tillskansat sig verktyg samt utvecklat nya handlings- och tankemönster. Flertalet vill ha ett fortsatt samtalsstöd i olika former, därav t.ex. psykodynamisk, kognitiv eller någon annan form av samtalskontakt. Vi tycker att kommun och landsting borde tillhandahålla samtalsstöd samt olika former av behandlingar såsom massage, akupunktur och avslappningsövningar, t.ex. Chi-gong.

De brukar- och stödföreningar som finns tillgängliga i dag och riktar sig till de som har utmattningssyndrom/depression, är ej så lätta att finna. Vi vet detta av egen erfarenhet, då vi hade vissa svårigheter i sökandet efter respondenter. När personer är i behov av hjälp och stöd är det inte alltid de har kraft att leta efter nödvändiga resurser. Då föreningar är till för brukarna borde de marknadsföra sig på sådant sätt att de når ut till de berörda. Ytterligare en stödinsats som vi sett att det har funnits behov av genom respondenternas utsagor är bl.a. kontaktperson, hemtjänst och stöd i vardagen. De har känt att de inte orkat fullt ut när det gällde barnen eller hemmet. Här har vi en tanke om hur detta stöd kan utformas. Det önskvärda enligt oss är att det skulle finnas en fältenhet

som kunde gå in under en period och täcka upp de behov som den enskilde just då behöver.

Vid sökandet efter relevant litteratur som underlag för vår studie har vi funnit att det saknas tillfredsställande litteratur, som berör och problematiserar den sjukskrivnes familj, relationer, nätverk, fritid och hans/hennes vardagliga bekymmer. Efter genomförd studie har vi kommit fram till att utmattningssyndrom/depression inte endast orsakas av arbetsrelaterade faktorer, utan har ett multifaktoriellt orsakssamband. Vi anser att detta borde få ett större utrymme och belysas utifrån ett mer individual- och relationsbaserat perspektiv.

KÄLLFÖRTECKNING

LITTERATUR

Bergman, Susanne och Blomqvist, Camilla (2004): *Uppskattande samtalskonst – om att skapa möjligheter i samtalets värld*. Stockholm: Mareld

Björkman, Jenny (2002): *Den svenska välfärdsmodellen: utveckling eller avveckling?* Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS). Katrineholm: Hellmans.

Brattberg, Gunilla (2006): *Att acceptera det oacceptabla*. Stockholm: Värkstaden.

Brundin, Kajsa (2004): *Utbrändhet – ett psykoanalytiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur

Cullberg, Johan (1996): *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur

Eriksson, Mimmi, Thorzén, Diana, Olivestam, Carl E och Thorsén, Håkan (2004): *Att läkas i livet och arbetslivet. Helhetsperspektiv vid förebyggande och rehabiliterande åtgärder mot stress och utbränning*. Lund: Studentlitteratur

Eriksson Ulla-Britt/Starrin Bengt/Jansson Staffan (2003): *Utbränd och emotionellt utmärglad: en närstudie om arbetslivet och sjukskrivning*. Lund: Studentlitteratur

Gilje, Nils/Grimen, Harald (1995): *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalos.

Gullacksen, Ann-Christine (1998), *När smärtan blir en del av livet. Livsomställning vid kronisk sjuksom och funktionshinder*. Helsingborg: Gyllene Snittet AB

Jenner, Håkan och Svensson, Ingemar (red) (2003): *Perspektiv på utbrändhet – om orsaker och motkrafter*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB

Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Körner, Svante/Wahlgren, Lars (2002): *Praktisk statistik*. Lund: Studentlitteratur

Larsson, Gun Britt och Joelsson, Åsa (2005): *Tillfälligt avbrott. Om att hitta ny energi när stressen säger stopp*. Uddevalla: Informationsförlaget/Samhälle

Larsson, Sam/Lilja, John/Mannheimer Katarina (red)(2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur

Perris, Carlos (2005): *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Falkköping: Natur och Kultur

Perski, Aleksander (2006): *Ur balans*. Uddevalla: Bonnier Fakta

Tamm, Maare (2002): *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

SOU 2001:79: *Välfärdsbokslut för 1990-talet*. Stockholm: Graphium/Norstedts AB,

Socialstyrelsen (2003): *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*. Stockholm: Bjuerner och Bruno AB

Widerberg, Karin (2002): *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur

TRYCKTA KÄLLOR:

Ekdahl, Viveca (2002): Föreläsning "Coping" stencil 2006-09-11

Ferrada-Noli, Marcello (2001): *Om utbrändhetens epidemiologiska belägg*.

Läkartidningen y Nr 7 y 2001 y Volym 98

<http://www.hig.se/~mnf/pages/Om%20utbr.%20epidemiologiska%20bel.%20pda22437.pdf> datum: 2007-04-25

Perski, Alexander och Grossi, Giorgio (2004): *Behandling av långtidssjukskrivna med stressdiagnoser. Resultat från en interventionsstudie*. Läkartidningen Nr 14 2004

Volym 101: <http://www.stressmottagningen.nu/rapporter/files/L%C3%A4kartd-behandl2004.pdf> datum: 2007-04-25

Whelton, William J. (2004), *Emotional Processes in Psychotherapy: Evidence Across Therapeutic Modalities*. Clinical Psychology and Psychotherapy, Clin. Psychol. Psychother. 11, 58-71

Forskningsetiska principer (1990) inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning
Nationalencyklopedin: www.nationalencyklopedin.se datum 070425

Bilaga 1

Brev med förfrågan om respondenter till C-uppsats

Vi är tre studenter som läser sjunde terminen på socionomprogrammet, vid Göteborgs Universitet. Just nu skriver vi ett examensarbete, C-uppsats och då vill vi studera kvinnors psykiska hälsa med avseende på utmattningssyndrom. Vårt syfte är att ta reda på vilken rehabilitering samhället har skyldighet att ge, vilken rehabilitering kvinnorna faktiskt har fått samt vilka behov de har och om dessa blivit tillgodosedda. Vi vill även se om det finns mönster och samband mellan dessa. Det intressanta för oss är att se samband mellan ålder – yrke, men även andra faktorer som familj med eller utan barn och nätverket runtomkring. Vidare har vi som syfte att lyfta fram och sprida kunskap, förståelse för utmattningsdepression (utbrändhet).

Tanken med intervjun som undersökningsinstrument är att förklara kvinnors inifrån-perspektiv när det gäller upplevelsen av utmattningsdepression (utbrändhet).

Då vi har begränsat med tid för att skriva vår C-uppsats är det vår förhoppning att den som önskar att medverka i vår uppsats, som intervjuperson, hör av sig snarast möjligt. Eventuella intervjupersoner kan höra av sig till och med den 18/4-2007.

Du kan höra av dig till oss på:

Ferdous Ahmed Atta, mob: XXXX-XXXXXX

Annabell Bomholt, mob: XXXX-XXXXXX

Jenny Eriksson, mob: XXXX-XXXXXX

Bilaga 2

Intervjuguide

– För handläggare på Försäkringskassan

Presentation

- Presentation av oss författare och vår C-uppsats
- Respondenten får presentera sig själv: vilken utbildning de har, vilka arbetsuppgifter han/hon har samt hur länge han/hon har arbetat på Försäkringskassan
- Hur länge har respondenten arbetat med frågor kring utmattningsdepression?

Handläggningssången vid sjukskrivning av individer med utmattningsdepression

- Hur många ärenden av denna karaktär har ni idag på Försäkringskassan? Hur många av dessa ärenden har du på din tjänst?
- Kan du urskilja någon yrkesgrupp, samt ålder och kön med denna diagnos som är överrepresenterad?
- Hur skiljer sig diagnosen utmattningssyndrom från utmattningsdepression?
- Skiljer sig rehabiliteringen åt mellan dessa diagnoser och i sådana fall hur?
- Hur ser handläggningssången ut i ärenden gällande utmattningsdepression?
- Hur ser sjukskrivningsintygen ut? Finns det någon skillnad mellan dessa?
- Vilken är den ungefärligt genomsnittliga sjukskrivningstiden för personer med utmattningsdepressioner?
- I vilket skede kopplas Försäkringskassans konsultläkare in?
- Vad för slags underlag har konsultläkarna när de ska ta beslut?

- Brukar det finnas några skillnader i hur sjukintygen är utformade och det beslut konsultläkaren kommer fram till?
- Ungefär hur många av dessa ärenden brukar slutligen leda till förtidspensionering? Är det flest kvinnor eller män som då förtidspensioneras?
- Vilka lagar och regler har du att förhålla dig till gällande utmattningsdepression?
- Tar du hänsyn till individens egna behov och önskningar kring hur rehabiliteringen ser ut? Har ni några kontakter med den sjukskrivnes nätverk?
- Ser du några mönster mellan ålder – yrke – familj eller andra faktorer som kan spela in vid sjukskrivning för utmattningsdepression?
- Vilken övrig hjälp kan ni erbjuda individer som lider av utmattningsdepression?
- Samarbetar Försäkringskassan med andra organisationer kring frågor om utmattningsdepression? Har du utvecklat egna alternativa samarbetspartners?
- Vilka kan du se har bättre förutsättningar att ta sig tillbaka till arbetslivet?
- Hur många kommer enligt din uppfattning tillbaka till arbetslivet?
- Hur ser er uppföljning av personer som är sjukskrivna för utmattningsdepression ut?
- Vad händer om en person inte vill fullfölja rehabiliteringsplanen eller ej anser sig arbetsförmögen trots att försäkringskassan anser detta?
- Övrigt: Har du något som du vill tillägga?

Bilaga 3

Intervjuguide

– För projektansvariga inom ett EU-projekt

Presentation

- Presentation av oss författare och vår C-uppsats
- Respondenterna får presentera sig själv: vilken utbildning de har, vilka arbetsuppgifter de har samt hur länge de har arbetat inom projektet
- Hur länge har respondenterna arbetat med dessa uppgifter?

Arbetet med deltagarna inom projektet

- Vad står projektets namn för?
- Hur länge har projektet funnits? Är det tidsbegränsat?
- Vilken utbildning har personalen som arbetar hos er?
- De deltagare som i dag vistas på projektet, hur har de kommit i kontakt med er?
- Hur länge vistas deltagarna på projektet?
- Hur ser åldersspridningen ut? Har ni någon lägsta eller högsta åldersgräns?
- Från vilka yrkesgrupper kommer deltagarna och är det någon grupp som är i majoritet?
- Hur ser fördelningen ut mellan män och kvinnor?
- Vad tänker ni om att blanda manliga och kvinnliga deltagare? Finns det

fördelar samt nackdelar?

- Har ni några förhållningsregler från Försäkringskassan som ni måste följa?
- Vad erbjuder ni deltagarna inom projektet på individ och/eller gruppnivå?
- Har ni någon form av nätverksarbete med deltagarnas sociala nätverk?
- Finns det någon form av kontaktmannaskap?
- Samarbetar ni med andra organisationer och hur ser det eventuella samarbetet ut?
- Gör ni någon skillnad mellan diagnoserna utmattningssyndrom och utmattningsdepression?
- Skiljer sig rehabiliteringen åt och i sådana fall hur?
- Hur ser rehabiliteringen ut i de olika stadierna gällande utmattningsdepression?
- Inom projektet arbetar människor med skilda kompetenser, medför detta att ni använder er av någon särskild metod/teori i ert rehabiliteringsarbete?
- Tror ni att det finns en möjlighet för alla deltagare med denna diagnos att återgå till ett arbete i någon form?
- Erbjuder ni deltagarna uppföljning efter det att de har slutat i projektet?

Bilaga 4

Intervjuguide – För respondenter

Presentation

- Presentation av oss författare och vår C-uppsats.

Respondentens bakgrund

- Ålder?
- Civilstånd?

Utbildning och arbete

- Vad har du för utbildning?
- Arbetar du just nu?
- Är du för närvarande sjukskriven och i så fall hur länge har du varit det?
- Arbetar du inom det yrke du utbildat dig till?
- Vilka arbetstider har/hade du?
- Hur ser/såg din roll ut på arbetsplatsen och vilket ansvarsområde har/hade du?
- Vad tänker du kring det?
- Hur tänker du kring gränser i yrkeslivet samt i privatlivet?
- Har eller tänker du återgå till samma arbete efter sjukskrivningen?

- Vad är eller tror du kommer att bli svårt vid återgång till din gamla arbetsplats eller till en ny arbetsplats?
- Vad har eller skulle du vilja förändra i din arbetsmiljö?
- Hur tänker du kring kombinationen arbete och familj?
- Får något stå tillbaka?

Respondenterna och utmattningssyndrom

- Hur upplever du ditt utmattningssyndrom?
- Kan du idag se några faktorer som hade inverkan på att du idag lider av utmattningssyndrom?
- Vilka positiva samt negativa förändringar kan du se efter ditt utmattningssyndrom?
- Hur upplever du att din omgivning reagerat på ditt utmattningssyndrom?

Coping-strategier

- Hur reagerade du vid besked om utmattningssyndrom? Kunde du ta till dig detta?
- Hur hanterar du stressfyllda situationer innan, under och efter det att det fastställdes att du hade utmattningssyndrom?
- Har du funderat över hur du hanterat dessa?
- Hur skulle du önska att du hanterade dessa?

Rehabilitering och hjälp

- Vilken rehabilitering och vilket stöd har fått från Försäkringskassan?

- Anser du att du har fått tillräckligt med information från Försäkringskassan?
- Vilken övrig hjälp har du fått?
- Har du fått den hjälp du behöver?
- Har dessa tillgodosett dina behov?
- Finns det något ytterligare stöd du hade behövt?

Respondenten och familj

- Hur ser rollfördelningen ut i din familj?
- Hur har rollen uppstått och är du nöjd med denna?
- Vilket ansvarområde har de andra i din familj?
- Hur upplever du att ansvarsfördelningen fungerar?
- Har den förändrats efter besked om utmattningssyndrom?
- Har något förändrats inom din familj efter din utmattningssyndrom?
- Hur har dina relationer till familj, släkt och vänner sett ut innan/under och efter din utmattningssyndrom?
- Vilken roll har/hade du i din bekantskapskrets?
- Har du någon egen tid för dig själv och hur ser denna i så fall ut?
- Har du någon förebild/idealbild av hur en kvinna skall vara?

Bilaga 5

”Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom (F43.8A)

- A.** *Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.*
- B.** *Påtaglig brist på psykisk energi eller uthållighet dominerar bilden.*
- C.** *Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under minst två veckor:*
- 1) Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning.*
 - 2) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress.*
 - 3) Känslomässig labilitet eller irritabilitet.*
 - 4) Sömnstörning.*
 - 5) Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet.*
 - 6) Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärklappning, mag-tarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet.*
- D.** *Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.*
- E.** *Symtomen beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatiskt sjukdom/skada (t.ex. hypotyreos, diabetes, infektionssjukdom).*
- F.** *Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.⁶⁴ ”*

⁶⁴ Perski (2006)